FLORENTIN DUMITRACHE

ELEMENTE PRACTICE DE OBSTETRICĂ

PENTRU ÎNVĂŢĂMÂNTUL UNIVERSITAR
ŞI POSTUNIVERSITAR

EDITURA MEDIA-TECH

Scanned with OKEN Scanner

Berdei Ar

FLORENTIN DUMITRACHE

ELEMENTE PRACTICE DE OBSTETRICĂ

pentru învățământul universitar și postuniversitar

Editura MEDIA-TECH
IAȘI ◆ 1999

Scanned with OKEN Scanner

Editura MEDIA-TECH
Str. Splai Bahlui nr. 27, Iaşi
tel. 032-130578; 092506450

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
DUMITRACHE, FLORENTIN
Elemente practice de obstetrică pentru învăţământul universitar şi postuniversitar / Florentin Dumitrache. – Iaşi : Media-Tech, 1999
248 p. : il. ; 21 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-98976-1-4

618.2(075.8)(076.5)

© Florentin Dumitrache

Referenţi ştiinţifici:
Prof. dr. Florentina Pricop
Dr. Emil Gheorghiţă.

Tehnoredactare: MEDIA-TECH

Coperta: grafică de Atanasiu Marius

Tiparul executat sub comanda 2/1999.

Tipărit la
S.C. SERTI PROD S.R.L.

Bun de tipar 10.02.1999

ISBN 973-98976-1-4

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

1. CUVÂNT ÎNAINTE
2. BAZINUL OSOS NORMAL .....
Studiu anatomic, clinic şi radiologic 9
2.1. Studiu anatomic al bazinului normal 9
2.1.1. Cilindrul strâmtorii superioare 10
2.1.2. Forma strâmtorii superioare 10
2.1.3. Diametrele strâmtorii superioare 12
2.1.4. Volumul şi orientarea strâmtorii superioare .13
2.1.5. Excavaţia pelvină 15
2.1.6. Orificiul inferior al bazinului 16
2.2. Studiul clinic al bazinului osos 18
2.2.1. Interogatoriu 18
2.2.2. Inspecţia 18
2.2.3. Pelvimetria clinică externă 19
2.2.4. Pelvimetria internă 20
2.3. Studiul radiografic al bazinului 21
3. DISTOCIA OSOASĂ 25
3.1. Clasificare 25
3.2. Bazinele îngustate simetric 25
3.3. Bazinele asimetrice 27
3.4. Clasificarea dimensională şi morfologică 28
3.5. Etiologia şi patogenia distociei osoase 29
3.6. Mecanismul naşterii în bazinele viciate 31
3.7. Diagnosticul clinic şi radiologic al viciaţiilor pelvine 33
3.8. Conduita în distociile bazinului 36
4. PROBA DE NAŞTERE 38
5. PREZENTAŢII, POZIŢII, VARIETĂŢI DE POZIŢIE 44
6. MECANISMUL GENERAL DE NAŞTERE 50
6.1. Angajarea 54
6.2. Coborârea şi rotaţia 59
6.3. Degajarea 61
6.4. Rotaţia de restituţie 62

Scanned with OKEN Scanner

7. ASISTENȚA LA NAȘTERE 64
7.1. Asistența nașterii în prima perioadă (de dilatație a colului) 66
7.2. Asistența nașterii în a II-a perioadă (dirijarea expulziei) 78
7.3. Asistența nașterii în perioada a III-a a nașterii 84
8. DECLANȘAREA ARTIFICIALĂ A NAȘTERII 89
8.1. Elemente de fiziologie a nașterii 89
Declanșarea artificială a nașterii (DAN) 91
8.2. Indicațiile declanșării artificiale ale nașterii 91
8.3. Condițiile DAN 93
8.4. Metode de DAN 96
9. PREZENTAȚII CRANIENE DEFLECTATE 101
9.1 Prezentația frontală 101
9.2. Prezentația bregmatică 103
9.3. Prezentația facială 104
10. PREZENTAȚIA PELVINĂ 109
10.1. Mecanismul de naștere 112
10.2. Factorii de risc în prezentația pelvină 115
10.3. Conduita în timpul sarcinii 116
10.4. Conduita în perioada de dilatare a colului 116
10.5. Asistența la naștere 119
10.6. Atitudinea în perioada de delivrare 125
10.7. Considerații de principiu asupra nașterii în prezentația pelvină 126
10.8. Operația cezariană în prezentația pelvină 128
10.9. Prognostic 129
10.10. Marea și mica extracție 130
11. EXAMENUL CLINIC OBSTETRICAL 134
12. COMPLICAȚIILE NAȘTERII 139
12.1 Modificări fiziologice ale aparatului cardio-vascular. 139
12.2. Modificările fiziologice ale coagulării din timpul sarcinii 141

Scanned with OKEN Scanner

Complicațiile naşterii .....
12.3. Şocul postural.....142
12.4. Şocul anafilactic.....142
12.5. Reacții comportamentale patologice în timpul naşterii 144
12.6. Suferința fetală, tulburări de dilatație şi de dinamică, ruperea prematură a membranelor 145
12.7. Hematomul genital.....148
12.8. Etiologie – şocul hemoragic.....149
12.9. Embolia amniotică 151
12.10. Şocul prin diminuarea volumului sanghin circulant 157
12.11. Şocul cardio-respirator 157
12.12. Şocul septic 159
12.13. Consecințele şocului.....160
13. ECHOGRAFIA ÎN OBSTETRICĂ.....162
13.1. Indicațiile echografiei 164
13.2. Biometria echografică gestațională 168
13.3. Placentografia ultrasonică 169
13.4. Studiul echografic al lichidului amniotic şi al cordonului 170
13.5. Velocimetria Doppler în obstetrică.....171
14. EXAMINAREA ŞI REANIMAREA NOULUI NĂSCUT ÎN SALA DE NAŞTERI.....173
14.1. Circulația fetală.....174
14.2. Echipamentul necesar.....176
14.3. Îngrijirea noului născut în sala de naşteri 177
14.4. Criterii de apreciere a stării clinice a noului născut.179
14.5. Obiective, tehnici şi scheme de reanimare a noului născut 181
14.6. Cazuri particulare 184
15. INTERVENȚII OBSTETRICALE.....186
15.1. Epiziotomia 186

Scanned with OKEN Scanner

15.2. Controlul părților moi după naştere sau manevre obstetricale 189
15.3. Extracția manuală a placentei 190
15.4. Controlul manual şi instrumental al cavității uterine 192
15.5. Expresia uterină 194
15.6. Meşarea cavității uterine 195
15.7. Ruperea artificială a membranelor 196
16. VERSIUNEA INTERNĂ 199
17. OPERAȚIA CEZARIANĂ 205
17.1. Definiție, istoric, clasificare 205
17.2. Date anatomice 207
17.3. Elemente de fiziopatologie în operația cezariană ... 209
17.4. Indicațiile operației cezariene 212
17.5. Contraindicați, condiții 215
17.6. Tehnica operației cezariene 217
17.7. Complicațiile operației cezariene 228
17.8. Intervenții asociate operației cezariene 229
17.9. Prognostic 234
BIBLIOGRAFIE 237

Scanned with OKEN Scanner

1. CUVÂNT ÎNAINTE

Volumul „**Elemente practice de obstetrică – pentru învățământul universitar şi postuniversitar**" este o tentativă de a completa o bibliografie de specialitate, lucrarea fiind utilă atât studenților din ultimul an de studiu cât şi medicilor rezidenți de obstetrică ginecologie şi nu în ultimul rând medicilor de familie, care pot găsi în paginile cărții o tematică cu multe elemente de practică obstetricală. Lucrarea nu se doreşte a fi un ghid de urgențe obstetricale ci abordează subiecte care completează tematica cursurilor şi a lucrărilor practice fiind utilă şi viitorilor specialişti, prin prezentarea de expuneri, după modelul examenelor şi al concursurilor.

Cu speranța că volumul va fi de un real folos, autorul ar fi realmente fericit să primească recomandările şi sugestiile cititorilor.

Iaşi

Fl. Dumitrache

Scanned with OKEN Scanner

2. BAZINUL OSOS NORMAL

Studiu anatomic, clinic şi radiologic

Bazinul este un canal osos a cărui configuraţie anatomică determină mecanismul de naştere. Anatomic, este foarte dificil de definit bazinul normal, acesta fiind un bazin ideal, faţă de elementele clinice care definesc bazinul normal, acela care prin formă şi dimensiuni permit trecerea capului fetal la termen, în uşoară flexie.

Pentru a putea defini criteriile de normalitate (bazinul etalon), s-a considerat normal tipul de bazin „ginecoid" descris de Caldwell şi Moloy. Acest tip de bazin predomină în Europa, însă în alte zone există alte tipuri de bazin care pot fi considerate normale şi care au dimensiunile antero-posterioare mai mari ca cele transversale (U.S.A.). Excavaţia pelvină normală poate avea forme diferite după rasă: astfel, bazinul femeilor chineze, este mai larg la nivelul strâmtorii superioare, dar mai îngust la strâmtoarea mijlocie şi inferioară faţă de bazinul femeilor americane.

Faţă de aceste elemente, se va descrie tipul clasic considerat normal şi în ţara noastră.

Scanned with OKEN Scanner

2.1. Studiu anatomic al bazinului normal

Bazinul este format din trei piese osoase: oasele iliace, sacrul şi coccisul, reunite posterior prin simfizele sacro-iliace şi anterior prin simfiza pubiană. Articulațiile de tip simfizar sunt menținute de ligamente, a căror mobilitate este foarte redusă.

Liniile nenumite împart bazinul în două porțiuni:

- superioară, sau marele bazin (falsul pelvis), format din crestele iliace. Marele bazin nu are interes obstetrical;
- inferioară, sau micul bazin (pelvisul), care este bazinul obstetrical; la acest nivel se descriu trei etaje:
  - ➪ un orificiu de intrare sau strâmtoarea superioară, care nu este un inel ci un cilindru;
  - ➪ excavația, a cărei dimensiuni sunt în general superioare capului fetal (cilindrul de coborâre) şi care are rol esențial în mecanismul de rotație;
  - ➪ un orificiu inferior, cu marele ax sagital (orificiul inferior al bazinului a lui Farabeuf).

2.1.1. Cilindrul strâmtorii superioare

Acesta este spațiul cuprins între două planuri paralele:

- planul strâmtorii superioare obstetricale, care este definit prin diametrul transvers maxim şi punctul cel mai proeminent de pe fața posterioară a simfizei. Acest plan atinge

Scanned with OKEN Scanner

sacrul la 15 mm sub promontoriu. (fig. 1 şi 2);

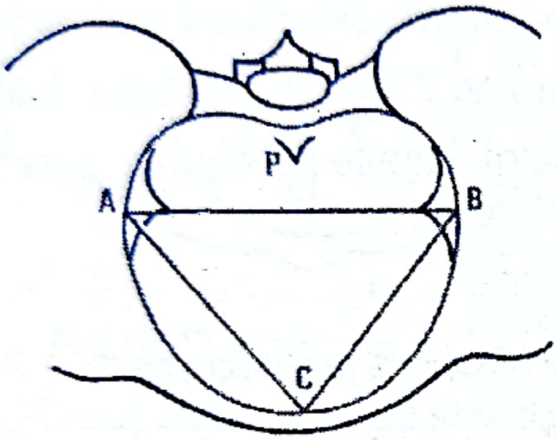


Fig. 1. Planul strâmtorii superioare obstetricale (după Malinas)

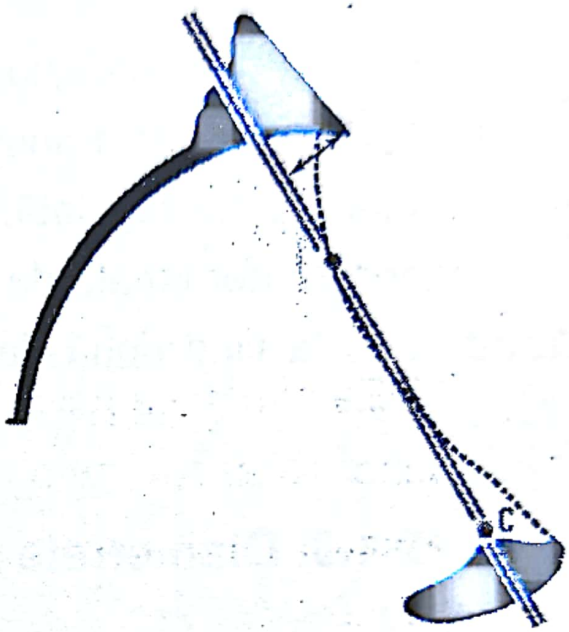


Fig. 2. Planul strâmtorii superioare – profil (după Malinas)

- planul strâmtorii superioare anatomice este planul care corespunde diametrului promonto-suprapubian, fiind paralel cu precedentul. La nivelul pereților acestui cilindru, se găsesc reliefuri anatomice care determină orientarea şi angajarea capului fetal. Dintre acestea, două sunt mai importante:
  - anterior, planul înclinat al simfizei față de care este propulsat capul fetal (şi nu în direcția axei strâmtorii superioare);
  - posterior, arcurile liniilor nenumite, care se reunesc

Scanned with OKEN Scanner

la nivelul promontoriului.

2.1.2. Forma strâmtorii superioare

Forma strâmtorii superioare este a unei inimi de carte de joc, cu marele ax transversal. Jumătatea anterioară sau arcul anterior este regulată. Jumătatea posterioară sau arcul posterior este deformată de proeminența promontoriului, lateral de acesta fiind două depresiuni numite sinusurile sacro-iliace.

2.1.3. Diametrele strâmtorii superioare

Diametrele strâmtorii superioare:

- antero-posterioare:
  - promonto-suprapubian = 11 cm;
  - promonto-retropubian = 10,5 cm (diametru util);
  - promonto-subpubian = 12 cm;
- transverse:
  - transvers median (util) = 12,5 cm;
  - transvers maxim = 13,5 cm, este situat posterior şi nu este utilizabil;
- oblice: sunt diametrele de angajare fiind cuprinse între simfiza sacro-iliacă şi eminența ileo-pectinee opusă:
  - oblic stâng, cel mai des utilizat de către prezentație =12,5 cm;
  - oblic drept = 12 cm;

Scanned with OKEN Scanner

- diametrul sacro-cotiloidian este diametrul de referință în bazinele asimetrice, are 9 cm, întinzându-se de la promontoriu la regiunea acetabulară. (fig. 3, 4).

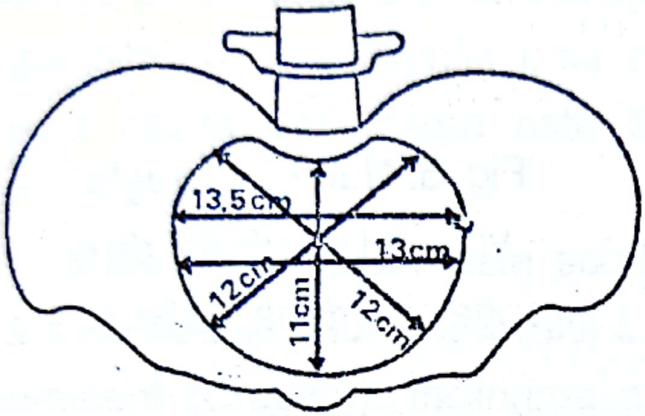


Fig. 3. Diametrele strâmtorii superioare (după Morin)

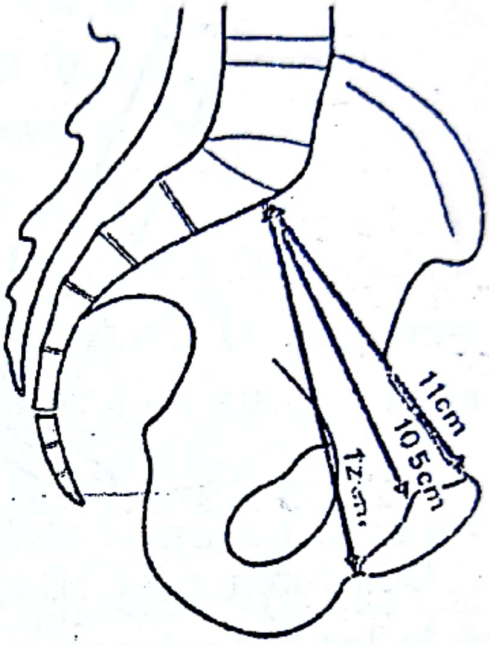


Fig. 4. Diametrele promonto-pubiene (după Morin)

2.1.4. Volumul şi orientarea strâmtorii superioare

Volumul cilindrului de angajare poate fi modificat prin rotaţia sacrului în sens transversal, realizând mişcările de nutaţie şi contranutaţie (fig. 5). Mişcarea de contranutaţie îndepărtează promontoriul de pubis, dar diminuă volumul cilindrului de angajare, iar mişcarea de nutaţie creşte volumul cilindrului de angajare şi uşurează plasarea capului fetal în

Scanned with OKEN Scanner

concavitatea sacrată. Deci nutația este favorabilă angajării. Aceste basculări ale sacrului se pot obține prin flexia mai mult sau mai puțin accentuată a coapselor pe bazin.

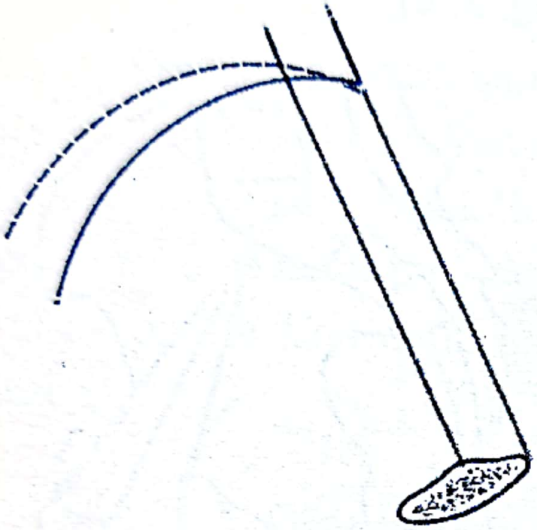


Fig. 5. Nutația – creşte volumul cilindrului de angajare (după Malinas)

Orientarea axei cilindrului strâmtorii superioare este oblică în jos şi posterior, realizând cu axa forței uterine un unghi de 55°. (fig. 6) Flexia coapselor determină mai întâi nutația, care creşte arcul pubian, reducând acest unghi sub 55°. Flexia forțată a coapselor corijază lordoza vertebrală, iar cele două axe tind să coincidă.

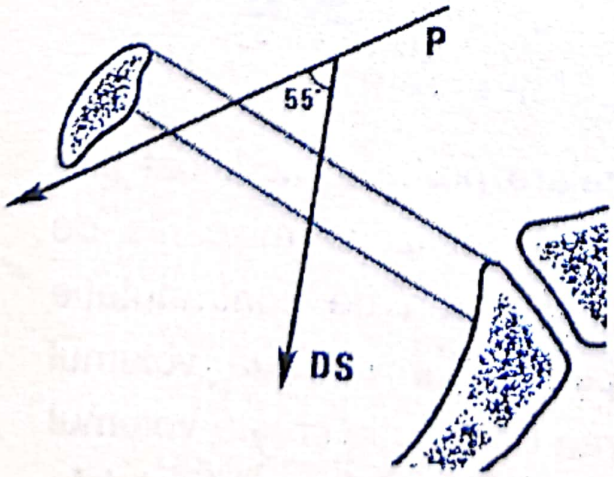


Fig. 6. Unghiul axei forței uterine (P) şi al strâmtorii superioare (DS) (după Malinas)

Scanned with OKEN Scanner

2.1.5. Excavația pelvină

Între cilindrul de angajare şi orificiul inferior al bazinului, excavația pe secțiune are formă regulată, de 12 cm diametru, compatibilă cu dimensiunile unui cap fetal uşor flectat. Din această cauză deflectarea este frecventă în acest spațiu mare.

Peretele anterior este scurt, format din fața posterioară a simfizei şi pubis, la nivelul căruia se află un punct mai proeminent (Crouzat). Înclinarea axei simfizei cu orizontala este de 35 - 45°.

Peretele posterior este format din sacru, a cărui înălțime este de 10 - 13 cm. Curbura sacrului are un rol esențial în rotația anterioară a prezentației (fig. 7).

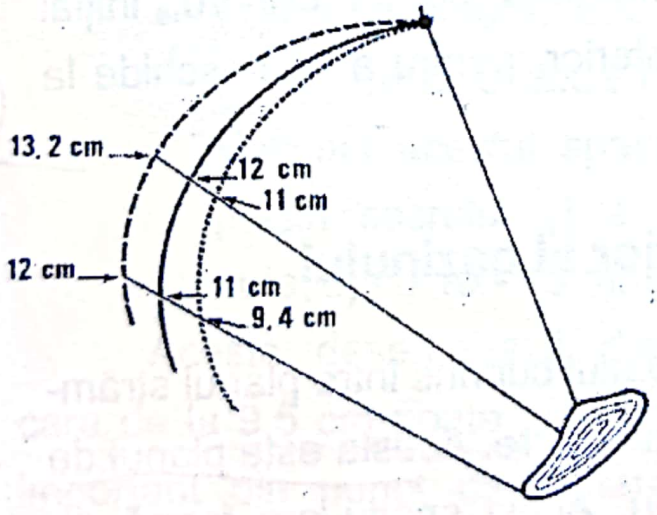


Fig. 7. Diferite forme ale sacrului (după Malinas)

Lateral, pereții excavației sunt formați din suprafața osului coxal ce corespunde fundului cotilului, spinele sciatice şi corpul ischionului.

Pereții laterali au o direcție paralelă iar prezența spine-

Scanned with OKEN Scanner

lor sciatice conturează o strâmtoare denumită şi strâmtoarea mijlocie, la nivelul căreia se inseră diafragmul pelvin (fig. 8). Diametrul bisciatic are 10 - 10,5 cm.

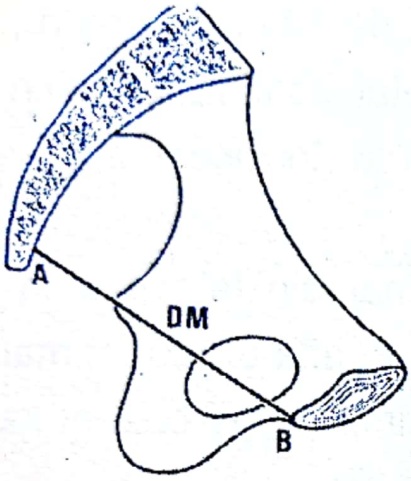


Fig. 8. Planul strâmtorii mijlocii (după Malinas)

Toate diametrele excavației sunt sensibil egale, fiind de 12 cm. Planul strâmtorii medii nu este paralel cu cel al strâmtorii superioare.

Excavația poate fi comparată cu un cilindru, inițial rectiliniu, care se curbează anterior, pentru a se deschide la nivelul strâmtorii inferioare.

2.1.6. Orificiul inferior al bazinului

Acesta este definit ca spațiul cuprins între planul strâmtorii mijlocii şi cel al strâmtorii inferioare. Acesta este planul de degajare a prezentației (fig. 9). Acest spațiu are formă de prismă triunghiulară, având trei fețe:

- fața superioară, reprezentată de planul strâmtorii mijlocii, care trece prin marginea inferioară a pube-

sului, spinele sciatice şi sacru (S_5);

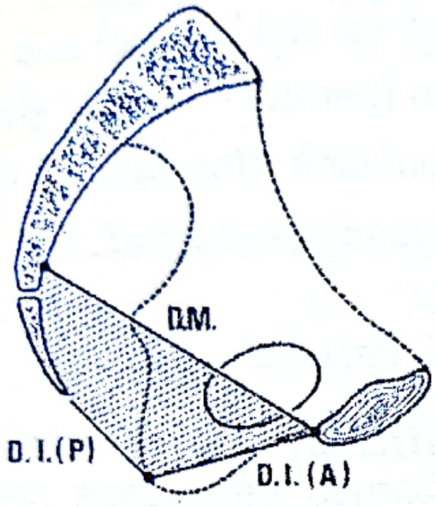


Fig. 9. Orificiul inferior al bazinului (după Malinas)

- faţa anterioară, oblică în jos, de la marginea inferioară a pubelui la ischioane, urmând cele două ramuri ischio-pubiene şi cuprinzând arcada subpubiană;
- faţa posterioară, oblică în sus şi posterior, delimitată de cele două ischioane şi vârful coccisului. Volumul acestui spaţiu se poate mări prin retropulsia sacrului şi a coccisului (în mişcarea de nutaţie) cu 10 - 15 mm.

Acesta desemnează diametrul subcoccis-subpubian care de la 9,5 cm poate ajunge la 11 cm. Diametrul cel mai important din punct de vedere obstetrical este diametrul biischiatic, care are 11 cm.

Orificiul inferior al bazinului prezintă unele particularităţi:

- strâmtoarea mijlocie nu este la jumătatea exca-

Scanned with OKEN Scanner

vaţiei: astfel dacă aria de angajare este la nivelul strâmtorii mijlocii, occiputul este deja sub planul muşchilor perineali, iar capul este vizibil la vulvă;

- nu se va confunda arcul pubian (peretele anterior al cavităţii pelvine) cu arcada pubiană (formată din cele două ramuri ischio-pubiene), care nu are interes obstetrical.

2.2. Studiul clinic al bazinului osos

Aprecierea clinică a unui bazin permite evaluarea diferitelor forme de bazin, a căror dimensiuni pot fi apreciate numai radiopelvimetric.

2.2.1. Interogatoriul

Interogatoriul va căuta antecedentele medicale şi chirurgicale care pot influenţa morfologia bazinului, mai ales patologia osoasă apărută înainte de 16 ani. Esenţiale sunt şi antecedentele obstetricale: numărul de naşteri, modalitatea naşterii, prezentaţia, greutatea fetilor, eventualele intervenţii obstetricale.

2.2.2. Inspecţia

Inspecţia se face din faţă, spate şi profil. Talia este un element esenţial pentru prognosticul obstetrical, mai ales

Scanned with OKEN Scanner

pentru gravidele cu talie sub 1,50 m. Se vor căuta anomaliile coloanei lombare, a femurelor (scurtarea unui membru inferior, şchiopătarea). Inspecţia se termină cu examinarea mersului gravidei.

2.2.3. Pelvimetria clinică externă

Pelvimetria externă a fost abandonată, fiind imprecisă. Aceste măsurători, care evaluează mai ales bazinul mare, nu permit aprecierea corectă a dimensiunilor strâmtorii superioare sau a excavaţiei, decât în caz de distocie osoasă severă. Ele se referă la:

- diametrul antero-posterior = 20 cm;
- diametrul bispinos = 24 cm;
- diametrul bicret = 28 cm;
- diametrul bitrohanterian = 32 cm.

Diametrul prepubian măsoară distanţa dintre cele două pliuri inghinale la marginea superioară a simfizei. El este de 12 cm şi defineşte baza triunghiului prepubian a lui Trillat. Acest triunghi este în mod normal isoscel. Diametrul prepubian măsoară indirect diametrul transvers al strâmtorii superioare.

Rombul lui Michaelis apreciază forma şi gradul de înclinare al sacrului. El este delimitat de apofiza spinoasă a lui L_5, marginea superioară a pliului interfesier şi două fosete laterale ce corespund spinelor iliace postero-superioare. Normal, rombul este simetric, având diagonala mare de 11 cm iar cea

Scanned with OKEN Scanner

mică de 10 cm. Triunghiul superior este isoscel, înălțimea acestuia fiind de 4,5 cm. Dacă triunghiul superior este redus simetric, ne aflăm în prezența unui bazin turtit transversal sau în general strâmtat, iar dacă este asimetric, desemnează un bazin asimetric.

Diametrul biischiatic a lui Tarnier: la gravida în poziție ginecologică se măsoară distanța între cele două tuberozități ischiatice (normal de 9 cm la care se adaugă 1,5 - 2 cm ce reprezintă părțile moi.

2.2.4. Pelvimetria internă

Examenul intern al bazinului se va efectua sistematic în cursul examenelor prenatale, cel mai indicat fiind a se realiza în ultimul trimestru de sarcină, când părțile moi sunt mai suple datorită inbibiției gravidice, permițând o optimă apreciere.

Explorarea strâmtorii superioare: explorarea diametrului antero-posterior – în mod normal promontoriul nu este abordabil. Dacă este atins, se poate măsura acest diametru, apreciind cu indexul opus lungimea sa. Diametrul măsurat este promonto-subpubian. Pentru a aprecia diametru util (promonto-retropubian) se va scădea 1,5 cm. Această măsurătoare nu este foarte precisă fiind în funcție de gradul de înclinare a strâmtorii superioare față de orizontală.

Arcul anterior (jumătate din strâmtoarea superioară

Scanned with OKEN Scanner

aflată înaintea diametrului transvers median) poate fi explorat digital pornind de la marginea superioară a simfizei, urmând creasta pectineală şi partea anterioară a liniilor nenumite.

Arcul posterior nu poate fi explorat integral, treimea posterioară şi sinusurile sacro-iliace fiind inaccesibile (fig. 10).

Explorarea excavaţiei şi a strâmtorii mijlocii: degetele examinatoare apreciază înălţimea şi înclinarea simfizei, apoi explorează sacrul. În mod normal, concavitatea sacrată este profundă şi regulată şi se poate palpa uşor coccisul şi ultimele două sau trei vertebre sacrate.

Palparea spinelor sciatice este uşor de efectuat, dar evaluarea clinică a diametrului bispinos este dificilă.

Explorarea strâmtorii inferioare: se poate aprecia diametrul antero-posterior (subcoccis-subpubian), care creşte în timpul naşterii prin retroproiecţia coccisului, cât şi ogiva pubiană cu ramurile ischio-pubiene care fac un unghi de 85 -90°.

În majoritatea cazurilor se poate afirma în ultimele luni de sarcină, dacă bazinul este suficient. Uneori însă explorarea clinică este insuficientă şi ea trebuie completată cu explorarea radiologică.

2.3. Studiul radiografic al bazinului

Radiografia pelvimetrică sau radiopelvimetria este metoda care măsoară dimensiunile reale a diametrelor bazinului. Această explorare presupune două clişee (faţă şi profil), la care alte tehnici asociază o radiografie a arcadei pubiene.

Scanned with OKEN Scanner

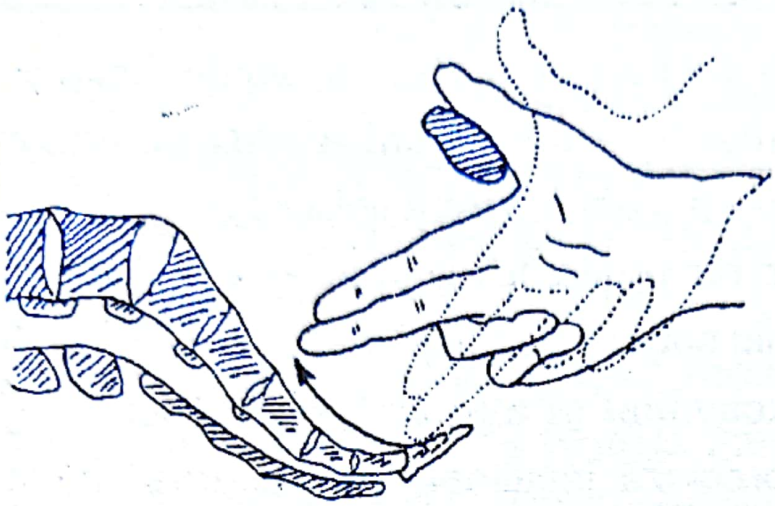
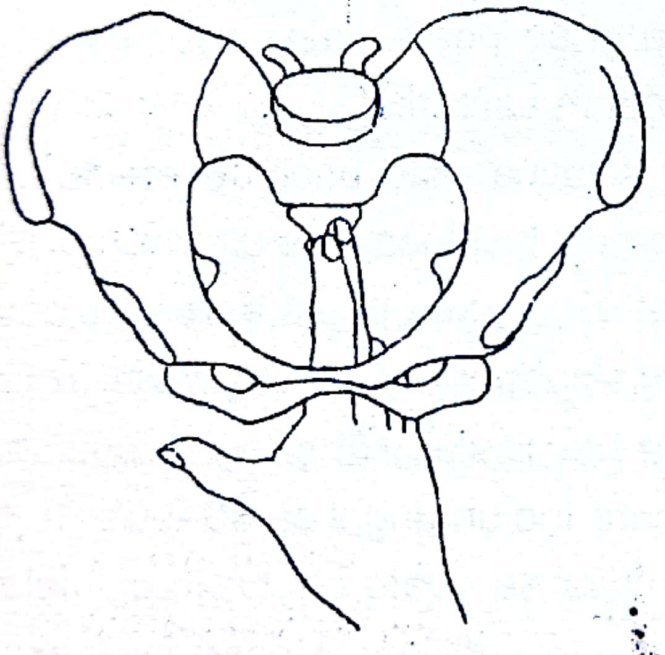
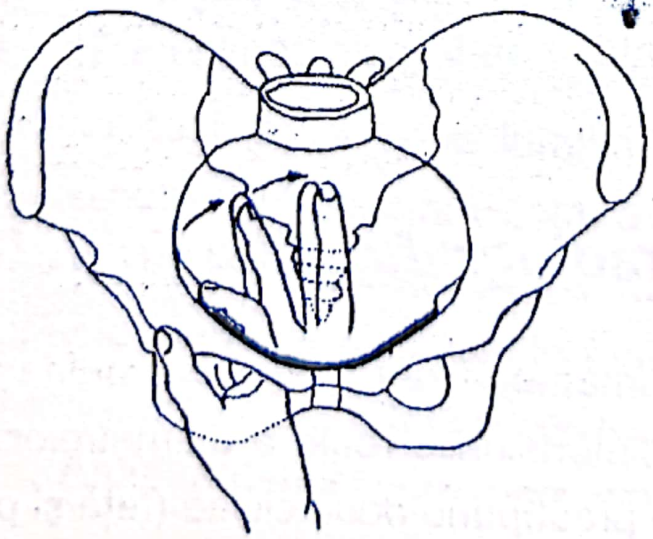


Fig. 10. Pelvimetria internă





Scanned with OKEN Scanner

Clişeul de profil permite vizualizarea exactă a capului fetal şi raporturile sale cu strâmtoarea superioară. Astfel se poate aprecia confruntarea cefalo-pelvină.

Clişeul de faţă se poate realiza în două maniere:

- poziţia lui Thoms, cu gravida în poziţie semişezândă. Acest clişeu reproduce exact morfologia strâmtorii superioare;
- radiografia de faţă în incidenţa postero-anterioară (Magnin şi Naudin) cu gravida în decubit ventral. Această poziţie permite aprecierea optimă a arcului anterior.

Clişeul arcadei pubiene şi a spinelor sciatice permite evaluarea formei arcadei, cât şi valoarea unghiurilor subpubiene. De asemeni acest clişeu dă valoarea diametrului ischiatic şi bisciatic.

3.2.1. Rezultate, interpretare

Lectura clişeului de profil permite determinarea valorii diametrului antero-posterior a bazinului, înclinarea strâmtorii superioare faţă de orizontală, evaluarea morfologiei sacrului, dimensiunile simfizei şi gradul de înclinare a sa. De asemeni, se poate măsura şi DBP cât şi rapoartele capului fetal cu strâmtoarea superioară.

Clişeul de faţă măsoară valoarea diametrului transvers maxim şi median, cât şi valoarea diametrului sacro-cotiloidian şi a celor oblice.

Clişeele de faţă şi profil oferă date exacte asupra strâmtorii superioare. Clişeul arcadei pubiene şi a spinelor

Scanned with OKEN Scanner

sciatice măsoară diametrele strâmtorii mijlocii şi inferioare.

Pelvimetria radiografică este singura metodă care estimează cu exactitate dimensiunile bazinului, indicii de eroare fiind foarte mici de ordinul a 2 mm pentru clişeul de profil şi de 3 mm pentru clişeele strâmtorii superioare şi a arcadei pubiene.

Inconvenientul acestei metode rezidă în iradierea fetală şi maternă, dozele fiind de 0,3 - 0,9 rad.

Indicațiile radiopelvimetriei sunt:

- suspiciunea de bazin strâmtat: talia sub 1,50 m, anomalii ale coloanei vertebrale, a centurii pelvine; claudicația, traumatism pelvin;
- depistarea clinică a unui bazin strâmtat;
- prezentația pelvină;
- uterul cicatricial.

Această explorare se va efectua în cursul naşterii. Însă radiopelvimetria nu poate aprecia volumul real al capului fetal, nici capacitatea de acomodare fetală. Pentru evaluarea capacității obstetricale s-au imaginat indici. Astfel indicele Magnin reprezintă suma diametrului transvers median şi antero-posterior care este comparat cu valoarea DBP, stabilindu-se o diagramă a disproporțiilor cefalo-pelvine.

Pelvimetria ultrasonică reprezintă o tehnică parțială, care oferă date exacte asupra diametrului antero-posterior a strâmtorii, în schimb explorarea diametrului transvers este imprecisă.

Scanned with OKEN Scanner

3. DISTOCIA OSOASĂ

Bazinul viciat este bazinul care determină o distocie osoasă prin modificarea dimensiunilor formei şi înclinaţiei sale.

3.1. Clasificare

Nici una din clasificări nu este satisfăcătoare, cea mai utilă fiind o dublă clasificare anatomică şi etiologică, însă în ultimii ani a apărut o nouă patologie de bazin, prin accidente rutiere, iar unele etiologii au devenit rarisime sau nu se mai întâlnesc în practică (bazin rahitic, osteomalacic, bazinul Neagele etc.).

Clasificarea anatomică se face după raporturile dintre principalele diametre ale bazinului şi se referă la:

- bazine simetrice;
- bazine asimetrice.

3.2. Bazinele îngustate simetric

Aceste deformaţii sunt cele mai frecvente. Sunt bazine unde unul din diametre este mai mic decât normal. Clasic aceste îngustări afectează mai ales strâmtoarea superioară, şi ele se clasifică în:

- bazinul aplatizat unde diametrul antero-posterior al

Scanned with OKEN Scanner

strâmtorii superioare este sub 10,5 cm, iar diametrele transversale sunt normale sau mai mari;

- bazinul transvers îngustat are diametrul transvers median sub 12,5 cm, iar cel antero-posterior normal sau mai mare;
- bazinul în general îngustat se caracterizează prin scăderea dimensiunilor tuturor diametrelor, dar diametrul antero-posterior este cel mai redus;
- bazinul aplatizat şi în general strâmtat şi bazinul transversal şi în general strâmtat se caracterizează prin reducerea dimensiunilor tuturor diametrelor, cu predominanța unuia dintre ele.

De multe ori însă, se pot asocia sau pot fi izolate, îngustări a strâmtorii mijlocii sau inferioare, ceea ce presupune completarea acestei clasificări:

- la excavație, bazinul inelar şi cel canalicular;
- strâmtoarea mijlocie poate fi îngustată mai ales la diametrele transversale;
- strâmtoarea inferioară poate fi mărită sau micşorată (bazinul în pâlnie);

Bazinele simetrice corespund:

- luxației congenitale bilaterale de şold;
- bazin cifotic, rahitic, transvers îngustat, osteomalacic, bazinul lui Robert.

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Bazinele asimetrice

Sunt bazinele unde diametrul sacro-cotiloidian este mai mic de 9 cm. Ele sunt mult mai rare, iar după gradul asimetriei se împart în:

- asimetrie uşoară, unde diametrul sacro-cotiloidian este de 8 - 9 cm, iar între diametrele oblice este o diferență de 1 - 2 cm.
- asimetrie medie, cu diametrul sacro-cotiloidian de 7 - 8 cm, iar diferența dintre diametrele oblice este de 2 - 3 cm;
- asimetria severă, unde sacro-cotiloidianul este de 6 - 7 cm;
- asimetria forte, cu diametrul sacro-cotiloidian sub 6 cm, iar diferența dintre diametrele oblice este de peste 3 cm.

Uneori asimetria este limitată la strâmtoarea mijlocie sau inferioară, respectând strâmtoarea superioară, ceea ce face dificilă clasificarea.

Bazinele asimetrice sunt determinate de:

- luxația congenitală unilaterală de şold;
- coxalgie, poliomielită, scolioză, atrezia pelvină (bazin Neagele).

Scanned with OKEN Scanner

3.4. Clasificarea dimensională şi morfologică

Clasificarea dimensională a bazinelor viciate

- canal dur strâmtat limită, cu diametrul util între 9 - 10,5 cm;
- canal dur strâmtat gradul I, cu diametrul util între 9 - 7 cm;
- canal dur strâmtat gradul II cu diametrul util sub 7 cm.

Clasificarea morfologică

Clasificarea lui Caldwell şi Moloy: distinge patru tipuri de bazin:

- ginecoid, considerat bazinul normal;
- android, unde diametrul transvers median este cu cel puțin 2 cm mai mic decât diametrul maxim;
- antropoid, caracterizat prin scăderea diametrului transvers al strâmtorii superioare, mijlocii şi inferioare şi creşterea diametrelor antero-posterioare;
- platipeloid caracterizat prin scăderea diametrelor antero-posterioare, arcada pubiană largă, pereții excavației îngustați inferior, scobiturile sciatice reduse.

Studiile au arătat însă că nu există practic o corespondență a bazinelor viciate, de multe ori fiind forme atipice (de fapt asocieri).

Scanned with OKEN Scanner

Clasificarea Thoms se bazează pe raportul matematic care există între diametrul promonto-pubian minim şi transvers maxim al strâmtorii superioare.

- bazin dolicopelic cu diametrul transvers mic şi cel promonto-pubian mai mare;
- bazin mezatipelic, unde cele două diametre sunt egale;
- bazin brahipelic, cu diametrul transvers mai mare;
- bazin platipelic, unde diametrul transvers este mai mare cu 3 cm.

3.5. Etiologia şi patogenia distociei osoase

Bazinul osos poate suferi alterări în fiecare stadiu de dezvoltare, ceea ce arată importanța legii vârstei la care apar leziunile. Bazinul capătă configurația normală în jurul vârstei de 16 ani.

Deci, bazinul poate suferi modificări în cursul vieții intrauterine (anomalii congenitale), sau în primii ani de viață, fiind descrise două tipuri de modificări:

- cele ce acționează direct pe unul din elementele constitutive;
- cele legate de o afecțiune generală.

Scanned with OKEN Scanner

Anomalii de dezvoltare

Anomaliile de dezvoltare a sacrului:

- agenezia sacro-coccigiană;
- agenezia aripioarelor sacrate unilaterală (bazin Neagele) sau bilaterală (bazin Robert);
- asimilarea şi dezasimilarea, sunt anomalii numerice ale coloanei sacrate. Asimilarea este o afecțiune ereditară, rezultând dedublarea promontoriului.

Anomalii de dezvoltare a simfizei: bazinul despicat şi sinostoza congenitală a simfizei.

Anomalii de dezvoltare a coxalului realizează protruzia acetabulară.

Anomalii ale bazinului prin boli distrofiante sau prin leziuni de vecinătate

- Distrofii: nanismul (determină un bazin în general strâmtat sau aplatizat), osteomalacia, rahitismul;
- Leziuni vertebrale: lordoza, cifoza, scolioza; Cifoza induce o lărgire a strâmtorii superioare mai ales în sens transversal şi o strâmtorare a strâmtorii inferioare, iar scolioza determină o proiecție anterioară a promontoriului;
- Viciații secundare unei leziuni a aparatului locomotor. Dacă membrele inferioare sunt inegale ca lungime, rezultă claudicația, iar jumătatea de bazin corespunzătoare mem-

Scanned with OKEN Scanner

brului bun suferă un exces de presiune care antrenează o deformație a bazinului. Aceste viciații apar în caz de genu-valgum unilateral, paralizie infantilă sau luxație congenitală de şold.

3.6. Mecanismul naşterii în bazinele viciate

Acesta va fi expus separat pentru viciații simetrice, asimetrice şi în unele forme atipice.

Mecanismul de naştere în deformațiile simetrice

Bazinul aplatizat cuprinde două deviații: bazinul aplatizat pur şi bazinul aplatizat şi în general strâmtat.

— Bazinul aplatizat pur: diametrele transverse ale strâmtorii superioare sunt mai mari. Angajarea se face în diametrul transvers median capul fetal fiind în atitudine intermediară, angajarea făcându-se în sinclitism. În funcție de gradul aplatizării, angajarea se poate face în diametrul oblic (aplatizare moderată) sau în asinclitism (aplatizare mare). Coborârea este uşoară, iar degajarea se efectuează fără dificultăți.

— Bazinul aplatizat şi în general strâmtat este bazinul rahitic, caracterizat prin scăderea tuturor diametrelor strâmtorii superioare, dar mai ales a diametrului antero-posterior. Anga-

Scanned with OKEN Scanner

jarea este diferită după forma arcului anterior: dacă acesta este bun, angajarea se face în transvers, în uşoară semiflexie, având loc un mecanism special: dedublarea promontoriului de către o bosă parietală. Coborârea poate fi jenată de leziunile rahitice, iar acest timp se face cu o hiperflexie secundară, degajarea fiind normală.

Bazinul transversal strâmtat angajarea se face în diametrul antero-posterior sau oblic. Coborârea este jenată de o îngustare transversală a excavației, nu se însoțește de rotație internă. Degajarea este dificilă, uneori în O.S.

Bazinul transversal şi în general strâmtat. Angajarea depinde de dimensiunile părții utilizate şi se efectuează în diametru oblic sau transvers. Coborârea poate fi dificilă, fiindcă curbura sacrată este puțin accentuată, iar degajarea este dificilă datorită arcadei pubiene.

Bazinul în general strâmtat. Angajarea se face în diametrul oblic cu flexie accentuată. Coborârea presupune o rotație precoce, însă progresia poate fi oprită prin anclavarea capului fetal. Degajarea se face cu o flexie puternică.

Mecanismul de naştere în viciații simetrice ale strâmtorii inferioare

Bazinul în pâlnie. Strâmtoarea superioară este normală sau mai mare, însă excavația se îngustează, obstacolul fiind la strâmtoarea inferioară.

Scanned with OKEN Scanner

În aceste tipuri de bazin, angajarea şi coborârea este uşoară însă degajarea este dificilă.

Degajarea se poate efectua în OP sau OS. Frecvent degajarea se face în OP, pentru aceasta capul fetal va suporta o flexie şi o coborâre accentuată, cât şi o mişcare de asinclitism a parietalelor.

Mecanismul de naştere în bazinele asimetrice

Angajarea, în bazinele cu asimetrie uşoară, se poate face în diametrul transvers, sau în unul din diametrele oblice. În asimetria medie angajarea se face în diametrul oblic stâng sau transvers, iar în asimetria mare, angajarea se efectuează în diametrul oblic cel mai scurt. Coborârea este jenată la o asimetrie mare, iar degajarea este dificilă, atipică (pentru feţii de volum mic).

3.7. Diagnosticul clinic şi radiologic al viciaţiilor pelvine

Depistarea distociilor osoase pelvine se va efectua sistematic la primipare şi multipare a căror antecedente obstetricale nu sunt concludente.

Viciaţiile pelvine sunt diagnosticate în două etape:

Scanned with OKEN Scanner

- de depistare, prin examen clinic;
- de precizare, prin explorarea canalului osos.

Depistarea (diagnosticul de prezumție)

Interogatoriul va preciza: modul de alimentare, durata alăptării, evoluția mersului, vârsta la care au apărut leziunile, numărul de sarcini,, evoluția, durata travaliului, viabilitatea fetală.

Inspecția se va efectua obligator culcat şi în picioare, un reper important fiind examinarea mersului.

Examenul obstetrical are semnificație mai ales în ultimele săptămâni de sarcină. Se va căuta mai ales o deborDare a simfizei (semn foarte important la primipare).

Diagnosticul de certitudine permite afirmarea existenței unei viciații pelvine şi apreciază gradul acesteia. Acest diagnostic este furnizat de pelvimetria clinică şi radiopelvimetrie. Examenul bazinului se va efectua sistematic în ultimul trimestru de sarcină şi în travaliu.

Prognosticul obstetrical în viciațiile pelvine

Elementele de prognostic diferă la primipare sau multipare. La aceasta din urmă, antecedentele obstetricale au realizat o „probă de naştere" ce permite o concluzie asupra capacității bazinului, dar nu aduce elemente asupra calității muşchiului uterin.

Elementele de prognostic furnizate de antecedente:

Scanned with OKEN Scanner

Dacă gravida a mai avut naşteri pe cale naturală, fără incidente, se poate fixa un prognostic favorabil. Se va reține însă greutatea feților la naştere. Atenție însă, la marile multipare, unde datorită naşterilor frecvente, balansul sacro-coccisului (mişcările de nutație şi contranutație) poate fixa aceste oase într-o poziție intermediară, făcând uneori dificilă angajarea. Dacă parturienta a prezentat naşteri distocice sau are uter cicatricial, prognosticul este nefavorabil.

Elemente de prognostic furnizate de examinare:

În urma examinării clinico-paraclinice a bazinului, rezultă două categorii de bazine viciate:

- bazinele chirurgicale, unde naşterea pe cale naturală este imposibilă. Estimarea unui astfel de bazin se face după elementele morfologice, etiologice şi aprecierea radiopelvimetrică;
- bazinele limită, unde proba de naştere fixează modalitatea de naştere.

Elemente de prognostic furnizate de studiul strâmtorii superioare:

Strâmtoarea superioară este cheia marilor distocii. Pentru stabilirea unui prognostic, se va lua în considerare orientarea sa cât şi prezența unor deformații.

Orientare: când strâmtoarea superioară este înclinată peste 65°, pot apare distocii, frecvent degajarea fiind în OS.

Deformațiile simetrice dau un procent al cezarienelor între 25 - 50%.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru prognostic nu se va lua în considerare numai un diametru izolat, fiindcă de obicei apare o compensare prin alt diametru. Astfel s-a ajuns la noțiunea de indice al strâmtorii superioare, care se obține adunând valoarea conjugatei vera cu a diametrului transvers median; sub 23 apare distocia.

Deformațiile asimetrice: excluzând asimetriile uşoare, unde se poate accepta naşterea naturală, în celelalte tipuri de asimetrii operația cezariană se impune.

Elemente de prognostic furnizate de studiul strâmtorii mijlocii şi inferioare:

Se referă la datele radiopelvimetriei de față şi profil.

Natura prezentației: constatarea unei prezentații distocice (oblică, pelvină deflectată) la sfârşitul sarcinii, la care se asociază o distocie osoasă, impune efectuarea operației cezariene.

3.8. Conduita în distociile bazinului

Conduita în distociile osoase impune trei eventualități:

- conduita la sfârşitul sarcinii (profilactică);
- conduita în timpul naşterii (proba de naştere);
- conduita de urgență.

Conduita la sfârşitul sarcinii

Teoretic sunt două atitudini: naşterea prematură programată, care însă a fost abandonată, şi cezariana profi-

Scanned with OKEN Scanner

lactică.

Cezariana profilactică este singura terapie a viciațiilor pelvine, fiind indicată în toate situațiile unde naşterea pe căi naturale nu se poate efectua fără risc de traumatism materno-fetal.

Alegerea datei intervenției este foarte importantă: pentru majoritatea autorilor, data de 38 săptămâni este perioada optimă, căci acum fătul este matur iar greutatea sa este corespunzătoare. Alți specialişti aşteaptă declanşarea spontană a naşterii pentru a efectua operația cezariană.

Indicațiile cezarienei profilactice:

- distocia osoasă majoră;
- distocia osoasă asociată altei distocii: prezentație pelvină;
- antecedente obstetricale încărcate, după naşteri naturale: aplicație de forceps, morți fetale prin traumatism obstetrical, suferință fetală;
- stare maternă patologică gravă: diabet zaharat, insulino-dependent rău controlat, toxemie severă etc.

Scanned with OKEN Scanner

4. PROBA DE NAŞTERE

Definiție: Proba de naştere este o metodă expectativă, raţională şi atentă a evoluției mecanicii naşterii. De fapt, este o încercare de naştere pe cale naturală, al cărui criteriu major este angajarea capului fetal.

Proba se aplică numai prezentațiilor craniene. Această probă se poate opri în orice moment pentru a permite extragerea fătului prin cezariană.

Lautuejoul distinge două probe de naştere:

- completă (temerară), care nu se mai aplică şi unde se face apel la toate posibilitățile: forceps, simfiziotomie;
- limitată, dirijată, utilizată în mod curent.

În caz de prezentație pelvină, se obişnuieşte să se utilizeze termenul de „proba colului", care reflectă gradul de maleabilitate şi suplețe al colului. Uterul cicatricial poate beneficia de asemeni de o „probă a cicatricei", tentativă uneori riscantă, mai ales când nu beneficiem de condiții optime pentru monitorizare materno-fetală.

Indicații:

- prezentația craniană;
- distocia limită de bazin: bazinul limită nu este o entitate fixă morfologic, ci una variabilă cu fiecare dimensiune fetală. Se consideră că pentru fătul la

Scanned with OKEN Scanner

termen cu o greutate de 3000 g, diametrul util trebuie să depăşească 9 cm, diametrul transvers median să fie peste 11 cm, iar indicele strâmtorii superioare peste 20;

- bazinul în pâlnie cu diametrul biischiatic peste 8 cm;
- bazinele cu asimetrie uşoară.

Proba de naştere va fi atent supravegheată, aceasta făcând parte din metodele de dirijare a naşterii.

Contraindicaţii:

- malformaţii fetale sau făt mort;
- uter cicatricial, după incizie mediană corporală.

Conducerea probei de naştere

Faza preparatorie. Această fază corespunde debutului naşterii. În această perioadă, se face o nouă evaluare: diagnosticul prezentaţiei, volumul şi caracterele acesteia, starea părţilor moi, paritatea şi vârsta parturientei, dinamica uterină, starea membrelor, TA, pulsul matern.

În urma acestei examinări, se vor fixa elementele de prognostic:

- prognostic bun:
  - segment inferior bine format;
  - col şters, median;
  - prezentaţie craniană aplicată, bine flectată;
  - punga amniotică „plată";

Scanned with OKEN Scanner

- prognostic rezervat: segment inferior rău format, col gros, capul fetal semiflectat, pungă amniotică care bombează.

Debutul probei de naştere

Proba de naştere debutează în mod real după ruperea artificială a membranelor, la o dilatație a colului de 5 - 6 cm. În caz de ruptură prematură a membranelor, proba de naştere începe de la debutul naşterii, prognosticul său fiind rezervat. În aceste situații se vor supraveghea ritmul şi frecvența contracțiilor uterine cât şi RCF (ritmul cardiac fetal).

După ruperea artificială a membranelor, se vor supraveghea patru elemente:

- contracțiile uterine: în timpul probei de naştere tonusul şi dinamica uterină vor fi atent supravegheate clinico-paraclinic. Orice perturbații a dinamicii uterine, vor fi corectate (dirijarea travaliului cu antispastice sau ocitocice);
- modificările raporturilor feto-materne: se pot aprecia prin examene vaginale succesive. Aceste modificări sunt cele mai importante, însă cel mai dificil de apreciat. Se va aprecia coborârea boselor parietale în excavație, care este semnul cel mai important, cât şi alte elemente în raport cu mecanismele obstetricale proprii fiecărei varietăți de îngustare pelvină. Astfel, se poate urmări orientarea suturii mediane în diametrul pelvin adecvat, deflexia, asinclitismul în bazinele plate sau hiperflexia la bazinul în general

Scanned with OKEN Scanner

strâmtat.

Examenul vaginal apreciază şi starea colului: gradul de suplețe, orientarea şi gradul de dilatare, cât şi starea segmentului inferior.

- starea fătului este un element esențial de supraveghere, fiindcă de fapt, proba de naştere se face în beneficiul produsului de concepție. Fătul este monitorizat clinic (ascultația BCF, culoarea LA) şi paraclinic (RCF). Apariția în cursul probei de naştere a unui LA meconial, sau decelarea prin analiza RCF a unor decelerații tardive repetitive, impun operația cezariană, în beneficiul fătului.
- starea mamei: se vor supraveghea TA, pulsul, starea generală, curba termică etc.

Durata probei de naştere

Proba de naştere nu are o durată fixă, aceasta fiind impusă de medicul obstetrician, în funcție de rezultatul aprecierilor.

În mod normal, o probă de naştere poate dura 2 - 4 ore. Astăzi, există tendința de a scurta această probă, mai ales prin asocierea unei perfuzii ocitocice, dar în aceste condiții se va evita o confruntare brutală cefalo-pelvină, fixând o durată strict limitată.

În caz de suferință fetală, sau dinamică normală, nu se recomandă perfuzia ocitocică.

Atunci când se indică perfuzia ocitocică, aceasta se va

Scanned with OKEN Scanner

administra în doză de 5 UI în 500 ml ser glucozat 5%, începând cu 10 pic./min. şi crescând ritmul în funcţie de reactivitatea uterină (dar nu se vor depăşi 30 pic./min.). Durata perfuziei nu va depăşi 2 - 3 ore în perioada de dilatare.

Rezultatele probei de naştere

Astfel dirijată, proba de naştere permite la un moment determinat să se afirme dacă naşterea poate avea loc pe cale naturală sau se recurge la operaţia cezariană, în acest sens fiind foarte important ca medicul care supraveghează naşterea să-şi fixeze o oră când va lua o decizie. Această decizie se ia în funcţie de mecanismul de naştere (angajarea capului fetal) şi starea colului.

Proba este pozitivă când dilataţia progresează favorabil, prezentaţia se angajează, naşterea pe cale naturală fiind astfel posibilă. Uneori, se impune cezariana de urgenţă în caz de: suferinţă fetală acută, procidenţă de cordon, acidoză fetală.

Proba este negativă când capul fetal nu s-a angajat iar dilataţia este staţionară. În aceste situaţii se indică operaţia cezariană pe făt viu. În caz de probă negativă, se pot întâlni mai multe situaţii:

- prezentaţia rămâne sus situată şi mobilă;
- dilataţia rămâne incompletă;
- dilataţia este completă, dar prezentaţia este mobilă.

Scanned with OKEN Scanner

Uneori prezentaţia se angajează, dar se blochează la strâmtoarea mijlocie sau inferioară. În aceste situaţii, s-a propus „proba forcepsului", care este o aplicare de forceps în condiţii determinate şi precise.

Indicaţiile sunt distocia în excavaţie şi la strâmtoarea mijlocie.

Tehnica presupune mai multe soluţii:

- uneori, proba forcepsului este precedată de o perfuzie ocitocică;
- tipul de forceps cel mai utilizat este cel cu ramuri paralele sau divergente.

Eşecul probei forcepsului impune operaţia cezariană.

Scanned with OKEN Scanner

5. PREZENTAȚII, POZIȚII, VARIETĂȚI DE POZIȚIE

În timpul naşterii, fătul îşi va adapta dimensiunile sale filierei pelvine, care are dimensiuni relativ mici şi fixe, ceea ce presupune o aşezare longitudinală a fătului.

Derularea naşterii implică de asemenea raporturi strânse între prezentație şi unele puncte de reper ale bazinului, ceea ce determină specificul fiecărei relații dintre mobil şi filiera genitală.

Orientarea spațială a fătului în filiera pelvină este codificată obstetrical astfel:

- prezentație;
- poziție;
- varietate de poziție.

Prezentația

Prezentația este definită ca acea parte fetală care ocupă aria strâmtorii superioare, pentru a se angaja şi evolua după un mecanism propriu. Fătul se poate prezenta cu capul: prezentație cefalică; cu fesele: prezentație pelvină; sau cu umărul: prezentație oblică.

Prezentația este rezultatul acomodării fătului în cavita-

Scanned with OKEN Scanner

tea uterină, deosebind deci o prezentație longitudinală (cefalică sau pelvină) şi o prezentație transversală (prezentație oblică sau humerală).

Poziția

Poziția defineşte raportul dintre suprafața corpului (spatele fetal) şi suprafața internă a uterului, respectiv a canalului pelvi-genital (jumătatea dreaptă sau stângă).

Poziția fătului se poate stabili ca şi prezentația prin examen extern.

Varietatea de poziție

Reprezintă raportul dintre reperul prezentației şi punctele de reper ale jumătății drepte sau stângi ale bazinului.

Varietatea de poziție se poate stabili numai la o dilatație a colului de 4 - 5 cm, după ruperea membranelor în absența bosei.

Varietățile de poziție pot fi anterioare, transversale sau posterioare.

Prezentația cefalică

Reprezintă cea mai frecventă prezentație longitudinală (95%). Din cadrul prezentațiilor cefalice, prezentația craniană reprezintă regula. Punctul de reper al prezentației craniene este occiputul. Când acesta se află situat spre eminența ileo-

Scanned with OKEN Scanner

pectinee, la extremitatea unui diametru oblic, este varietatea de poziție anterioară, iar când se află situat spre sinusul sacro-iliac, este varietate posterioară. Dacă mica fontanelă se află între două repere, este varietatea transversă.

Rezumând, în prezentația craniană, sunt următoarele varietăți de poziție:

- O.I.S.A. = occipito-iliacă-stângă-anterioară, cea mai frecventă (65%);
- O.I.D.P. = occipito-iliacă-dreaptă-posterioară (30%);

Cele două varietăți corespund diametrului oblic stâng. (fig. 11)

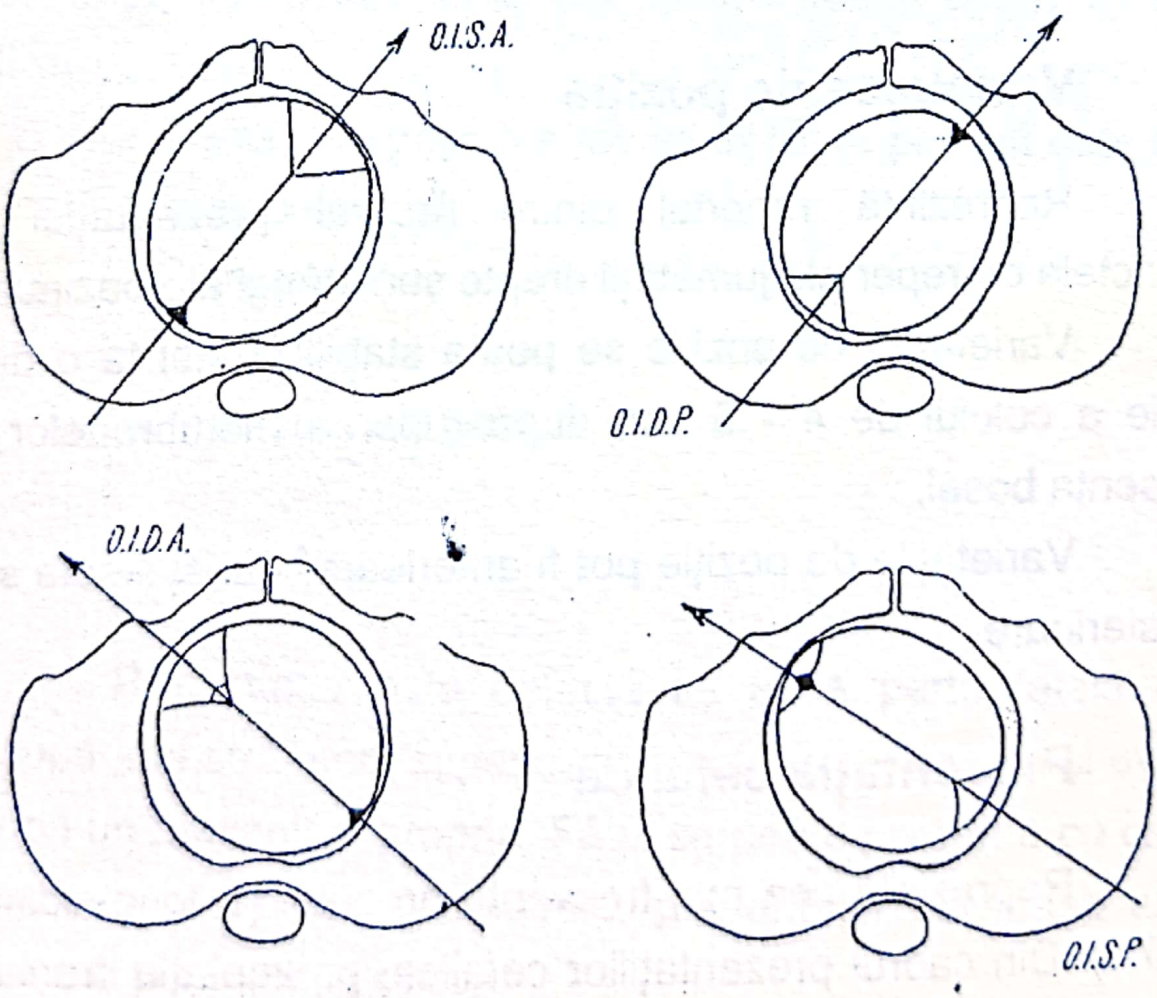


Fig. 11. Varietăți de poziție în prezentația craniană occipitală

Scanned with OKEN Scanner

- O.I.S.P. = occipito-iliacă-stângă-posterioară (6%);
- O.I.D.A = occipito-iliacă-dreaptă-anterioară, varietate foarte rară.

Aceste poziții sunt cele de angajare a capului fetal. În unele forme de bazin (plat), se poate face angajarea și în diametrul transvers, ceea ce desemnează alte două varietăți: O.I.S.T. și O.I.D.T.

Excepțional, se pot întâlni varietăți de poziție de angajare în O.P. sau O.S. (bazine ovalare sau triunghiulare). Alte varietăți de prezentație cefalică sunt prezentațiile deflectate care după gradul de deflexie a capului se împart în: (fig. 12)

Fig. 12. Varietăți de poziție în prezentația craniană deflectată

- prezentația bregmatică, rară (0,07%), unde punctul de reper este bregma, iar varietățile de poziție sunt: B.I.S.A., B.I.D.P., B.I.D.A., B.I.S.P. și două varietăți transverse;

Feții în prezentație bregmatică nu se angajează,

Scanned with OKEN Scanner

aceste varietăți fiind pur teoretice.

- prezentația frontală: capul se prezintă la strâmtoarea superioară într-o atitudine intermediară, iar punctul de reper este nasul (N) fiind descrise N.I.S.A., N.I.S.P., N.I.D.A., N.I.D.P. şi două varietăți teoretice: N.I.S.T. şi N.I.D.T. Prezentația frontală nu se poate angaja decât în cazul fetilor mici, fiind cea mai distocică dintre prezentațiile cefalice;
- prezentația facială: capul este complet deflectat, iar punctul de reper este mentonul (M). Varietățile de poziție sunt: M.I.S.A., M.I.S.P., M.I.D.A., M.I.D.P. şi două varietăți teoretice transverse.

În această prezentație, naşterea este posibilă numai în varietățile anterioare.

Prezentația pelvină

Este tot o prezentație longitudinală, unde partea prezentată la strâmtoarea superioară este pelvisul fetal. Reperul în această prezentație este creasta sacrată (S), iar varietățile de poziție sunt: S.I.S.A., S.I.S.P., S.I.D.A., S.I.D.P., S.I.D.T. şi S.I.S.T.

Prezentația transversă

Este prezentația în care fătul este dispus transversal în cavitatea uterină, iar la strâmtoarea superioară se prezintă trunchiul fetal cu unul din umeri într-un diametru oblic.

Scanned with OKEN Scanner

Punctul de reper este acromionul (A). Fătul se poate prezenta cu spatele anterior sau posterior, în funcție de aceasta descriindu-se o varietate de poziție dorso-anterioară şi dorso-posterioară.

În funcție de poziția acromionului se descriu:

- A.I.S. a umărului stâng;
- A.I.S. a umărului drept.

Aceste varietăți sunt dorso-posterioare.

- A.I.D. a umărului drept;
- A.I.D. a umărului stâng.

Aceste varietăți sunt dorso-anterioare.

Scanned with OKEN Scanner

6. MECANISMUL GENERAL DE NAŞTERE

Fătul la termen, înconjurat de punga amniotică, se acomodează formei şi dimensiunilor uterului, cu capul în jos la nivelul regiunii celei mai largi a uterului. Primul obstacol, care este esențial, este colul uterin. Al doilea obstacol este reprezentat de planşeul perineal.

Bazinul osos este un element rigid, însă în nici un caz acesta nu va constitui un obstacol în calea expulziei fătului. Confruntarea cefalo-pelvină impune încă o acomodare şi o adaptare a capului fetal.

Capul fetal. Cu toate că, în dimensiuni absolute, capul fetal nu este partea cea mai voluminoasă a fătului, el poate fi considerat ca atare datorită faptului că este puțin deformabil şi puțin reductibil.

Capul fetal prezintă două părți: craniul şi masivul facial.

Craniul fetal (bolta craniană) este format din oase care sunt separate de spații cu un țesut fibros elastic. Unele spații sunt liniare (suturi), altele mai largi, depresibile, la unirea suturilor (fontanele). Dintre suturi, cele care prezintă importanță din punct de vedere obstetrical şi care sunt accesibile examenului vaginal, sunt de notat:

Scanned with OKEN Scanner

- sutura sagitală, care uneşte rădăcina nasului cu occipitalul. Partea anterioară, numită şi sutura metopică, separă cele două oase frontale, iar partea posterioară (sutura sagitală propriu-zisă) separă cele două parietale. Punctul cel mai posterior constituie sinciputul sau vertexul;
- sutura coronară, perpendiculară pe prima, separă frontalele de parietale;
- sutura lambdoidă separă parietalele de occipital. Fontanele sunt repere importante care pot fi examinate în timpul naşterii. Dintre acestea, două sunt mai importante:
  - fontanela anterioară (bregma sau marea fontanelă), formată la unirea suturilor metopică, sagitală şi coronară. Are formă rombică cu diametrul antero-posterior de 2–4 cm, iar cel transversal de 1–2 cm;
  - fontanela posterioară (mica fontanelă sau lambdoidă) se află la unirea suturii sagitale şi a celor lambdoide. Are formă triunghiulară, fiind un reper deosebit de important.

Masivul facial este format din partea inferioară a oaselor frontale, orbite, nas, osul malar şi maxilare, elemente care în unele prezentaţii pot constitui repere.

Diametrele capului fetal

- diametrul antero-posterior: occipito-frontal = 12 cm;
- diametre transversale:
  - biparietal = 9,5 cm;

Scanned with OKEN Scanner

- bitemporal = 8,5 cm.

Capul fetal are o mare calitate, aceea de a fi mobil în raport cu coloana, ceea ce permite o adaptare uşoară. Astfel, capul fetal îşi modifică dimensiunile, reducându-le la maxim datorită flexiei sale.

Diametrele de angajare, rezultate după flexia capului, sunt:

- suboccipito-bregmatic = 9,5 cm;
- submento-bregmatic = 9,5 cm;
- sincipito-mentonier = 13,5 cm.

Craniul fetal are însă posibilitatea de a-şi reduce dimensiunile, datorită prezenței suturilor şi fontanelelor. Reducerea se poate face urmând cele două axe ale craniului: reducerea diametrului transvers prin înclinarea parietalelor şi reducerea diametrului antero-posterior prin pătrunderea occiputului sub parietal.

Umerii şi trunchiul fetal

Diametrul cel mai important este cel transvers, biacromial de 12,5 -13 cm, care prin tasare poate ajunge la 9 cm. Diametrul antero-posterior (sterno-dorsal) măsoară 9 cm.

Bazinul şi membrele inferioare

La nivelul bazinului, se descrie un diametru transvers (bitrohanterioan) de 9 cm şi un diametru antero-posterior

Scanned with OKEN Scanner

(pubo-sacrat) de 6 cm, iar în caz de membre inferioare în atelă, diametru sacro-pretibial de 9 cm.

Definirea prezentației

Se denumeşte prezentație regiunea anatomică a fătului care are tendința de a se angaja prima, la nivelul strâmtorii superioare.

Expresia „regiune anatomică" poate avea un sens larg: prezentație cefalică, pelvină, humerală, sau un sens restrâns care permite aprecierea mai exactă a realității. După gradul de flexie sau deflexie, regiunea care se prezintă poate fi: fața, fruntea, bregma sau occiputul.

Se denumeşte ca suprafață sau arie de angajare segmentul din craniul fetal, paralel cu planul strâmtorii superioare, care trece prin diametrul biparietal. În flexie completă, aria de angajare are o formă circulară de 95 mm diametru.

Forța uterină

Progresia prezentației în bazin rezultă în urma contracțiilor uterine care determină o creştere a presiunii intrauterine cât şi o tracțiune asupra segmentului inferior.

Aceste efecte se manifestă simultan dacă membranele sunt intacte:

Conform principiului lui Pascal, lichidul amniotic incompresibil transmite integral variațiile de presiune. Pentru o

Scanned with OKEN Scanner

presiune de 50 mm Hg, fiecare cm^2 din suprafaţa fătului suferă o forţă de 40 gr. Suprafaţa corpului fetal la termen este de 100-120 cm^2, deci forţa dezvoltată este de 4400-4800 gr.

În caz de membrane rupte, transmisia hidraulică nu se mai poate face, progresia fătului este asigurată de scurtarea fibrelor uterine iar randamentul mecanic este deficitar.

Prezentaţia va progresa în bazinul osos parcurgând cele trei etaje, fiecăruia dintre acestea corespunzându-i un timp de naştere:

- traversarea strâmtorii superioare = angajarea;
- traversarea excavaţiei = coborârea şi rotaţia intrapelvină;
- traversarea strâmtorii inferioare = degajarea.

6.1. Angajarea

Analiza mecanismului de angajare este dominată de calculul rezultantei utile, fracţiune din forţa motrice uterină care împinge capul fetal la strâmtoarea superioară.

Forţa uterină aplică prezentaţia contra arcului anterior şi mai ales contra marginii anterioare a bazinului. Forţa propulsivă este descompusă din această cauză în doi vectori: unul care plachează capul contra suprafeţei osoase şi altul care tinde să alunece înapoia simfizei şi care este singura forţă utilă pentru angajare.

În mod normal 2/3 din forţa uterină se pierde, dar prezentaţia alunecă în strâmtoarea superioară sub influenţa

Scanned with OKEN Scanner

unei forțe care este de 1,7 kg (fig. 13).

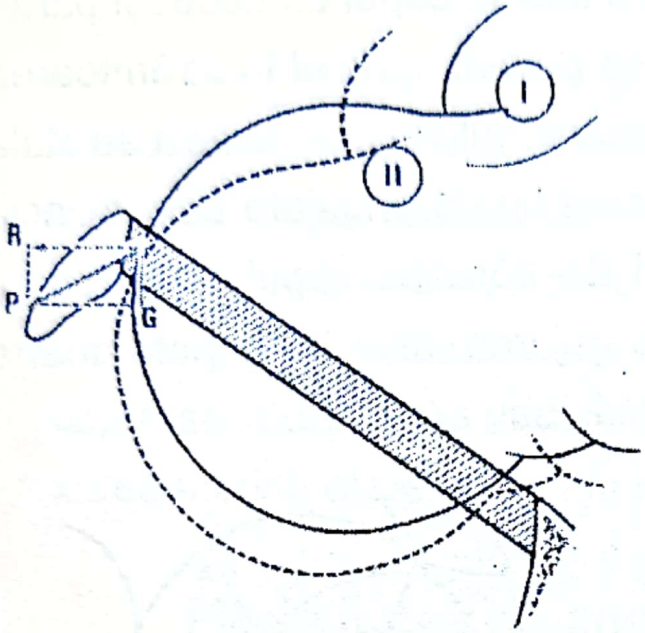


Fig. 13. Componenta de glisare (G) care reprezintă o treime din forța propulsivă a uterului (după Malinas)

Dacă dispoziția anatomică a bazinului este astfel constituită, încât marginea inferioară a bazinului este abordată frontal, angajarea nu se poate face fiindcă nu mai există forță utilă. În această situație, capul debordează uşor simfiza, dar aceasta nu are semnificație distocică şi se va deosebi de o debordare prin disproporție feto-pelvină.

Flexia forțată a coapselor modifică orientarea planului înclinat (nutație) şi apropie axele de forța uterină şi cel al strâmtorii superioare, astfel că angajarea se poate produce. Această eventualitate este mai frecventă la marile multipare cu o lordoză lombară accentuată.

Glisarea asinclitică

Presiunea craniului asupra marginii anterioare a bazinului îşi exercită forța asupra parietalului anterior, ceea ce

face ca componenta care se aplică pe pubis să inducă o forță de reacție care are tendința să încline capul de aceeaşi parte, astfel că parietalul posterior se prezintă primul la strâmtoarea superioară (fig. 14 - 15). La examenul vaginal, sutura sagitală se deplasează spre pubis. Acest tip de angajare este asinclitică şi reprezintă regula, ori de câte ori capul este reținut mecanic de promontoriu. Angajarea asinclitică este foarte frecventă în bazinele platipeloide sau androide.

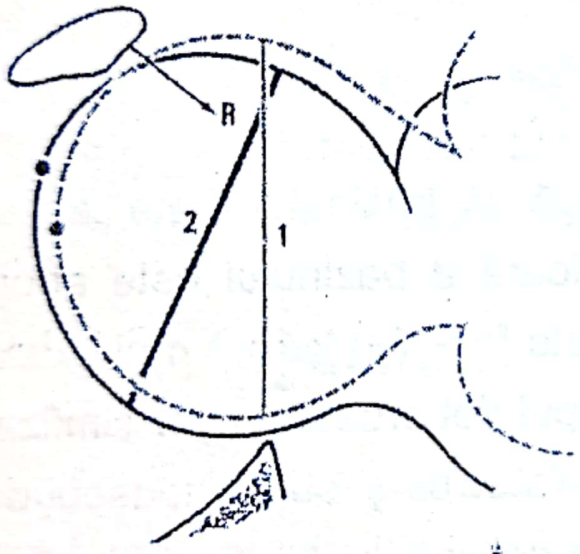


Fig. 14. Înclinarea parietalului posterior (după Malinas)

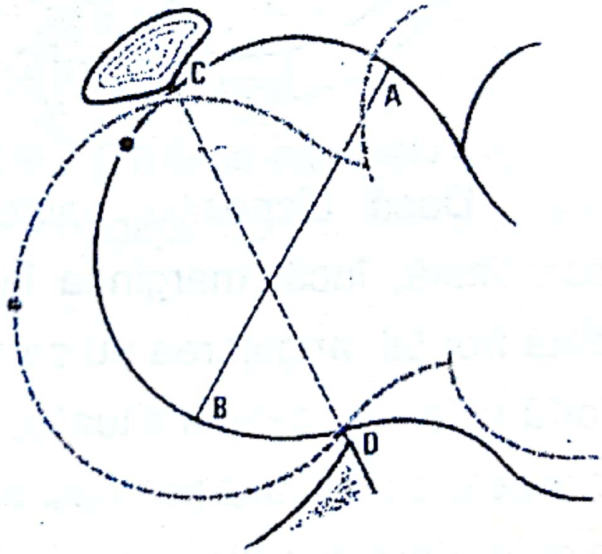


Fig. 15. Glisarea asinclitică (AB este mai mare decât CD) (după Malinas)

Această mişcare de „limbă de clopot" este posibilă când bosa parietală posterioară are loc sub promontoriu, ceea ce implică un volum considerabil a cilindrului de angajare. Acest volum este crescut prin nutație, ceea ce reprezintă o condiție esențială pentru angajare.

Scanned with OKEN Scanner

Data angajării

Conform lui Tarnier şi Pinard, angajarea se produce precoce la primipare, înaintea debutului travaliului, şi tardiv la multipare după debutul contracțiilor uterine şi frecvent după ruperea membranelor. Acest fenomen se datorează tonicității uterine şi a musculaturii abdominale la primipare, care obligă capul să alunece în excavație, față de multipare unde relaxarea uterină oferă un spațiu mai mare.

Modalitatea de angajare

Capul fetal este angajat dacă totalitatea ariei sale de angajare se află sub planul strâmtorii superioare. Acest mecanism comportă două fenomene:

- orientarea;
- micşorarea diametrelor.

Orientarea. La majoritatea bazinelor, capul fetal se orientează într-un diametru oblic, frecvent cel stâng. Aceasta se explică prin forma uterului: un uter tonic, cu lichidul amniotic în cantitate normală, este aplatizat antero-posterior. Dextropoziția uterului antrenează două poziții: spatele fetal înainte şi la stânga, sau spatele posterior şi la dreapta.

Poziția stângă reprezintă 60%, iar cea dreaptă 30%, fiindcă forma convexă a spatelui fetal se acomodează greu convexității coloanei lombare materne.

Pozițiile drepte anterioare şi stângi posterioare sunt

Scanned with OKEN Scanner

rare şi corespund uterelor hipotone, cu exces de lichid sau cu feți mici.

Micşorarea diametrelor capului fetal se face cu două fenomene:

- flexia capului (element esențial);
- asinclitismul şi deformațiile plastice ale capului.

Flexia capului. Este rezultanta cuplului format din forța exercitată de uter care aplică capul pe marginea anterioară a bazinului şi reacția care rezultă. Forța de reacție care rezultă trece anterior de articulația occipito-atlatoidiană, ceea ce determină o mişcare de flexie. Această mişcare se explică de fapt prin legea pârghiilor cu brațe inegale: axul de flexie (articulația occipito-atladoidiană) este mai aproape de occiput decât de frunte, iar brațul frontal este mai lung, deci mai puternic față de brațul occipital, ceea ce determină flexia capului.

Definiția şi diagnosticul angajării

O prezentație cefalică este angajată dacă totalitatea ariei de angajare se află sub planul strâmtorii superioare obstetricale. Aria de angajare reprezintă cea mai mare suprafață care trece la nivelul strâmtorii superioare. Această definiție precisă, geometrică, poate întâmpina greutăți în mod practic, când uneori este dificil de a afirma angajarea.

Termenii de „cap plonjat", „cap la limita angajării", „cap

Scanned with OKEN Scanner

la strâmtoarea superioară" sunt termeni vagi care ascund incertitudinea. Dacă există şi un asinclitism, dificultatea este şi mai mare şi de aceea diagnosticul de angajare va ține cont de trei criterii clinice:

- semnele lui Farabeuf:
  - prezentația nu poate fi considerată angajată dacă între prezentație şi perineu pot intra două degete paralele;
  - prezentația poate fi considerată angajată, dacă degetul examinator perpendicular pe simfiză şi dirijat spre sacrum întâlneşte capul fetal;

    Aceste semne nu sunt valabile în caz de bosă serosanghină, când se va apela la palparea abdominală:
- semnul Le Lorier, prezentația nu se consideră angajată, dacă se pot plasa două laturi de deget între umărul anterior şi marginea superioară a simfizei.

Poziția de angajare se exprimă desemnând regiunea din strâmtoarea superioară în raport cu occiputul, fiind individualizate 8 poziții.

6.2. Coborârea şi rotația

Acomodarea la strâmtoarea superioară care a permis angajarea. permite de asemeni coborârea prezentației în excavație. Diametrele excavației sunt suficiente, iar acest timp se face fără dificultăți, deseori cu mişcări alternative „în limbă

Scanned with OKEN Scanner

de clopot".

Jocul forţelor propulsive şi forma torică a canalului pelvin impun în timpul coborârii un contact permanent între prezentaţie şi arcul anterior, ceea ce menţine flexia capului.

Rotaţia capului este urmarea flexiei sale: axa vertebrală se află mai aproape de zona posterioară şi orice reacţie a arcului anterior asupra craniului, tinde să aducă occiputul anterior.

Toate prezentaţiile oblice se rotează deci anterior, cu condiţia ca capul fetal să fie flectat, dar prezentaţiile posterioare se pot deflecta fiindcă forţa uterină nu le poate aplica contră arcului anterior. Mai mult, în mişcarea de rotaţie, capul trece prin diametrul transvers şi acesta este momentul în care capul fetal se poate deflecta.

Dacă contracţiile uterine sunt rare, sau slabe, iar cavitatea pelvină este mai mare sau prea mică, o prezentaţie în poziţie posterioară se deflectează, iar rotaţia se face în OS.

Expulzia în OS este mult mai dificilă şi de lungă durată.

Anomaliile rotaţiei reprezintă una din cauzele cele mai frecvente de prelungire a travaliului.

Rotaţia se produce frecvent la contactul prezentaţiei cu planşeul perineal. De notat că rotaţia se descrie ca fiind contemporana coborârii, dar ea se produce în general mai târziu.

Strâmtoarea mijlocie reprezintă ultimul obstacol osos. Dimensiunile sale sunt întotdeauna compatibile cu naşterea

Scanned with OKEN Scanner

unei prezentații corect orientate. În OP, diametrul biparietal se află anterior de spinele sciatice iar diametrul bitemporal este confruntat cu această zonă uşor îngustată.

Dacă prezentația abordează strâmtoarea mijlocie în OS, diametrul biparietal va trebui să treacă printre spinele sciatice. Uneori, este posibilă coborârea în diametrul transvers al strâmtorii mijlocii.

6.3. Degajarea

Este perioada care debutează când cea mai mare dimensiune a capului fetal (ce corespunde ariei de angajare), se găseşte sub planul strâmtorii mijlocii.

Propulsia capului se face după un ax oblic în jos, iar occiputul ia contact cu planşeul perineal într-un punct ce se află la jumătatea distanței de marginea inferioară a simfizei şi sacru. Acest punct este variabil după dispoziția anatomică, fiind fie la nivelul nucleului fibros central al perineului, fie coincide cu orificiul anal.

Strâmtoarea inferioară osoasă nu are nici un diametru predominant, însă orificiul muscular perivulvar care este dirijat antero-posterior, comandă această nouă adaptare a prezentației, care îşi va orienta marele ax după o direcție sagitală.

În timpul degajării, are loc o schimbare de atitudine a capului: un complement de coborâre şi de flexie care micşorează diametrele.

Scanned with OKEN Scanner

Constituirea bazinului moale

Un timp important al degajării este ampliația perineului: prezentația destinde progresiv fibrele musculare şi aponevrotice a perineului posterior, rezistența musculară diminuă, sfincterul anal se destinde, coccisul este propulsat posterior, perineul posterior bombează proiectând vulva înainte.

Ansamblul țesuturilor perineale destinse formează „bazinul moale". La primipare, aponevroza perineală mijlocie, prin rezistența pe care o opune, poate prelungi perioada de degajare. La multipare, această regiune este mult redusă, degajarea fiind mai facilă.

Forța exercitată de către contracțiile uterine face ca obstacolul perineal să fie atacat de către frunte. Perineul se destinde fără nici o componență de alunecare, urmând deflexia capului care se produce datorită a trei factori:

- reacția fascicolelor coccigiene a ridicătorilor anali asupra coccisului;
- apariția unei componente de glisare;
- trecerea forței de reacție perineală înapoia articulației occipito-atlatoidiene.

Diametrele longitudinale solicită vulva corespunzător ariilor celor mai mari prin trecerea diametrului suboccipito-frontal (10,5), ce corespunde unui perimetru de 31 cm.

Scanned with OKEN Scanner

6.4. Rotaţia de restituţie

Când capul fetal se degajă în OP, umerii sunt la strâmtoarea superioară într-un diametru oblic. Elasticitatea muşchilor gâtului fetal va aduce occiputul de aceeaşi parte cu spatele fetal, aceasta numindu-se rotaţia de restituţie. Această rotaţie se poate accentua artificial coborând occiputul posterior astfel că tracţiunea elastică a muşchilor trapez şi sterno-cleido-mastoidian antrenează coborârea umărului anterior sub simfiză. Degajarea umărului posterior se face prin tracţiuni în sus pe capul fetal.

Consecinţele naşterii asupra fătului

Indiferent de parametrii de derulare a naşterii, aceasta comportă întotdeauna un grad de „traumatism obstetrical". Deformaţiile plastice sau bosele seroase sunt consecinţe minore.

Mult mai importante sunt modificările circulaţiei feto-materne, care se produc chiar la o contracţie uterină normală.

În afara acestor elemente, craniul fetal suferă o presiune fie direct de către uter, fie indirect prin presiunea exercitată de către col sau ridicătorii anali. Pentru un făt la termen, consecinţele acestei agresiuni sunt practic neglijabile, dacă naşterea evoluează normal.

Scanned with OKEN Scanner

7. ASISTENȚA LA NAȘTERE

Naşterea normală reprezintă totalitatea fenomenelor spontane mecanice, biochimice şi bioelectrice care duc la expulzia fătului şi a anexelor sale prin canalul pelvigenital, la termen (38 - 42 săpt.), fără traumatism matern sau fetal.

La intrarea în sala de naştere a unei gravide, se va face reevaluarea unor parametri care apreciază prognosticul de naştere:

- anamnestic: vârsta, paritatea, evoluția naşterilor anterioare, modalitatea naşterii, eventualele manevre intrauterine, greutatea feților la naştere, dezvoltarea ulterioară a copiilor, bolile cronice sau acute ale gravidei;
- starea canalului obstetrical: forma şi dimensiunile canalului dur şi supleţea canalului moale (planşeu pelvi-perineal, inel vulvar, vagin etc.);
- elementele oului:
  - fătul: prezentație, poziție, viabilitate, greutate estimativă;
  - starea membranelor;
  - cantitatea de lichid amniotic;
  - placenta: localizare (echografic);
- forța: prezența de cicatrici uterine, tumori previa, formarea segmentului inferior.

Acest examen intranatal va concluziona dacă partu-

Scanned with OKEN Scanner

rienta va avea un prognostic bun (naştere eutocică), sau un prognostic rezervat, care va necesita o supraveghere atentă.

Prognosticul de naştere se poate modifica în timpul naşterii, dacă apar unele elemente imprevizibile. De aceea de la clasicii obstetricii a rămas aforismul că prognosticul unei naşteri poate fi fixat după naştere.

Naşterea are trei perioade:

1. de dilatare a colului, cu o durată de 10 - 12 ore la primipare;
2. de expulzie a fătului (30 - 45 min.);
3. de expulzie a placentei (de delivrare, 30 min.)

Unii autori încadrează în această succesiune şi perioada de lehuzie imediată de 2 - 4 ore, numită impropriu şi perioada a IV-a a naşterii, pentru a atrage atenția asupra importanței acestei perioade, care poate genera uneori complicații hemoragice. Menționăm însă că naşterea se termină după expulzia placentei.

Parametrii care se supraveghează în cursul naşterii sunt:

- contracțiile uterine dureroase;
- raporturile prezentației cu bazinul osos;
- starea membranelor;
- aspectul lichidului amniotic;
- cordul fetal.

Pentru sistematizare, se va prezenta schema de supraveghere a evoluției naşterii impusă de şcoala ieşeană (prof.

Scanned with OKEN Scanner

V. Dobrovici), care are trei obiective:

- starea parturientei;
- starea fătului;
- progresul naşterii, care se referă la:
  - fenomene mai importante ale perioadei;
  - mecanismul de naştere;
  - durata fiecărei perioade.

7.1. Asistența naşterii în prima perioadă (de dilatație a colului)

Un element important în cuantificarea acestei perioade este stabilirea cu precizie a momentului începutului naşterii. Este tot meritul şcolii ieşene, care a fixat declanşarea naşterii în prezența:

- col şters dilatat 2 cm;
- cel puțin două contracții într-un interval de 10 min.

Alți autori acordă o importanță deosebită eliminării dopului gelatinos. Aceste elemente sunt valoroase la primipare, însă îşi pierd calitatea la multipare sau mari multipare, unde ştergerea şi dilatarea colului sunt concomitente. În aceste cazuri existența contracțiilor uterine ritmice şi progresive, ca frecvența şi intensitatea, este un semn valoros de declanşare a naşterii.

Noțiunea de naştere declanşată se va deosebi de fal-

sul travaliu, care se caracterizează prin prezența de contracții uterine nesistematizate, fără modificări ale colului, contracții care cedează la repaus sau după administrarea de antispastice, într-un interval de 2 - 3 ore.

Starea parturientei

La intrarea în sala de naşteri, gravida va fi monitorizată clinic prin evaluarea unor parametri ca: T.A., pulsul, starea generală, respirația, coloratia tegumentelor, comportamentul şi echilibrul psihic, reacția față de durere. În această perioadă parturienta se află în sala de pretravaliu, la pat, în decubit lateral stâng, decubit care este mult utilizat în obstetrică fiindcă prezintă unele avantaje: creşte fluxul utero-placentar, creşte fluxul renal matern, evită compresiunea marilor vase de către uterul gravid.

Un element deosebit de important al acestei perioade este combaterea durerii şi modelarea comportamentului gravidei.

Stabilitatea psihică a gravidei, care impune un comportament rațional şi civilizat, se poate obține utilizând psihoprofilaxia, care se recomandă la toate gravidele.

Modelele psihosomatice, chiar dacă nu suprimă durerea, o fac suportabilă, diminuând excitabilitatea psihică. Aceste metode sunt: nenocive, permit cooperarea cu parturienta, ameliorează aportul de oxigen, diminuă percepția dureroasă şi frica de actul naşterii.

Scanned with OKEN Scanner

Toate metodele psihoprofilactice se bazează pe același principiu: învață parturienta să se relaxeze între contracții, să respire profund în timpul unei contracții aplicând un masaj ușor abdominal.

Psihoprofilaxia, alături de unele droguri care se vor administra în prima perioadă a nașterii (sedative, antispastice, ocitocice), face parte din conceptul de naștere dirijată (concept creat de Voron și Pigeaud). Termenul de „dirijat" arată intervenția într-un mecanism natural, complex, a unor factori din afară. Acești factori, care tind să modifice mecanismele fiziologice, trebuie să îndeplinească o condiție de bază și anume, lipsa de nocivitate pentru mamă și făt și să dirijeze în mod favorabil nașterea.

Găsirea unei scheme unice, ideale în „conducerea activă a nașterii", este iluzorie, fiecare caz beneficiind de aportul selectiv al unor droguri.

Combaterea durerii este unul din deziderateleprimei perioade a nașterii, cu toate că nu s-a găsit drogul ideal (nu există naștere fără dureri). Ameliorarea durerii scurtează prima perioadă a nașterii, cu beneficii notabile asupra parturientei și a fătului.

Durerea în timpul nașterii este dată de compresiunea formațiunilor nervoase din pelvis, distensia peritoneului, distensia colului, hipoxie.

Combaterea medicamentoasă a durerii se face prin metode de analgezie.

Scanned with OKEN Scanner

Înainte de detalierea acestui capitol, este necesar a se expune înțelesul unor noțiuni:

- analgezia reprezintă abolirea parțială sau totală a senzațiilor dureroase;
- anestezia este o intoxicație dozată, reglabilă, progresivă, temporară care determină pierderea sensibilității, a conştienței şi relaxare musculară;
- ataraxia este o pierdere a sensibilității dureroase, asociată cu o stare de indiferență;
- neuroleptanalgezia reprezintă asocierea la ataraxie a analgeziei.

Calitatea analgeziei: să nu modifice nefavorabil organismul matern sau fetal, să nu determine modificări ale dinamicii uterine, menținând gravida în stare de conştiență.

În prima perioadă a naşterii, se pot utiliza droguri care blochează centrii nervoşi superiori, unele care induc somnul (administrate la debutul travaliului):

- sedative: Diazepam (max. 30 mg I.M.), poate induce hipotonie uterină şi detresă respiratorie la nou-născut; Clorpromazină (50 mg I.M.);
- hipnotice: Ciclobarbital; Fenobarbital;
- opiacee: Petidină (Mialgin) este un drog foarte utilizat în prima perioadă a naşterii. Petidina este un antispasmodic de sinteză, care acționează asupra fibrei musculare, având şi acțiune parasimpaticolitică cât şi o acțiune analgetică puternică prin efect central. Mialginul are însă

Scanned with OKEN Scanner

un efect depresor respirator la făt, de aceea se va administra cu cel puțin 3 ore înainte de expulzie. Doza este de max. 150 mg, pe cale I.M., I.V., S.C. Efectul său apare la 30 min. şi durează 2 - 3 ore. Mialginul este contraindicat în caz de dilatație mare, suferință fetală sau naştere prematură. Un alt drog utilizat este Fortralul.

- spasmolitice: interesează analgezia obstetricală numai în măsura în care regularizând contracțiile uterine şi tonusul, diminuă necesitățile de analgetice. Ele pot fi:
- musculotrope care acționează direct pe fibra musculară uterină (Papaverina, doză max. 160 mg/24 ore). Aceste substanțe nu deprimă centrii respiratori ai fătului.;
- vasculotrope: Scobutil;
- parasimpaticolitice: derivați de Atropină şi Scopolamină.

În a II-a perioadă a dilatației (peste 5 cm), combaterea durerii se poate face cu:

- neuroleptice: Clordelazin;
- Fentanyl, care asociat cu Droperidol realizează neurolepanalgezia tip II;
- analgezia inhalatorie, puțin folosită azi. Se poate utiliza protoxidul de azot şi oxigen (deprimă respirația maternă), gravida respirând în mască: 3 - 4 inspirații induc o analgezie notabilă. Alt drog analgezic inhalator este trilenul cu oxigen (induce o cianoză a noului născut);
- anestezia generală de lungă durată pe cale I.V., utilizează două produse: gammaOH (hidroxibutirat de natriu) şi

Scanned with OKEN Scanner

Penthotal.

- anestezia regională şi loco-regională: acest tip de anestezie paralizează trunchiurile simpatice şi parasimpatice a zonei genitale, păstrând conştienţa gravidei.

Metodele utilizate pot fi:

- rahianestezia – nu se foloseşte datorită contracturii uterine pe care o determină;
- anestezia caudală continuă;
- anestezia peridurală este cea mai utilizată formă. Acest tip de anestezie se va efectua de către medicul anestezist. Aburel a preconizat şi utilizat cu succes anestezia peridurală continuă cu cateter;
- infiltrația paravertebrală, care realizează o paralizie a simpaticului lombar;
- infiltrația parametrelor (blocajul paracervical) este o metodă care se poate realiza pe cale suprasimfizară sau perineală;
- blocajul nervilor ruşinoşi interni la nivelul spinelor sciatice se poate realiza pe cale transcutanată sau vaginală.

Starea fătului

Se apreciază la interval de 30 - 60 min. prin metode clinice sau paraclinice. Supravegherea cordului fetal este investigația de bază. Ascultarea B.C.F. este o metodă în prezent depăşită, fiindcă fiind discontinuă nu poate decela

Scanned with OKEN Scanner

toate modificările.

Înregistrarea continuă a ritmului cardiac fetal (R.C.F.), permite o supraveghere optimă, ritmul nefiind influențat de contracțiile uterine.

Se va nota frecvența, ritmul, apariția de oscilații sau variații tranzitorii (accelerații sau decelerații).

R.C.F. NORMAL se defineşte ca:

- frecvența de 120 - 160/min.:
- ritm regulat;
- oscilații între 10 – 25 bătăi/min.

Acest trăseu se numeşte reactiv. În general, decelerațiile semnifică o stare patologică.

Alte elemente care permit supravegherea stării fătului:

- mişcările active fetale;
- aspectul lichidului amniotic care reflectă starea acestuia.

În mod normal, L.A. este un lichid clar, uşor opalescent, iar coloraţia sa cu meconiu, în verde semnifică clasic o suferință fetală.

L.A. se poate observa fie direct după ruperea membranelor, fie prin amnioscopie. Semnificația verde a L.A. s-a modificat însă în urma unor constatări clinice, care au stabilit că în unele cazuri nu există nici un semn de suferință fetală. Autorii moderni consideră că un făt la termen, care a atins un grad de maturitate, poate avea tranzit. Oricum, constatarea pe parcursul naşterii a unui L.A. meconial, este un semnal de

Scanned with OKEN Scanner

alarmă, care presupune investigații suplimentare:

- supravegherea biochimică se poate realiza după ruperea membranelor la un col dilatat 4 - 5 cm, când se poate măsura:
- pH-ul din scalp (sub 7,20 = acidoză);
- dozarea glucozei, acidului lactic.

Progresul nașterii

Acest obiectiv al supravegherii nașterii în prima perioadă urmărește mai mulți parametri:

- dinamica uterină;
- dilatarea colului;
- formarea și ruperea pungii amniotice;
- mecanismul de naștere.

Dinamica uterină. Contracțiile uterine au următoarele caracteristici:

- sunt involuntare, ritmice, regulate, progresive ca durată și intensitate;
- sunt totale și dureroase.

Factorii care influențează contracțiile uterine sunt: poziția parturientei (activitatea crește în decubit lateral stâng), paritatea, reacțiile emoționale, durerea, drogurile.

Studiul contracțiilor uterine se poate realiza clinic sau paraclinic.

Mijloacele clinice presupun palparea corpului uterin într-un interval de 10 min., consemnând tonusul bazal, durata

Scanned with OKEN Scanner

contracției, intensitatea acesteia, intervalul dintre contracții.

Mijloacele paraclinice sunt reprezentate de înregistrarea mecanică sau electrică a contracțiilor uterine (tocografia). Aceasta poate fi externă sau internă, aceasta din urmă fiind: intraamniotică, extraamniotică sau intramiometrială.

Parametrii urmăriți ai dinamicii uterine sunt:

- tonusul bazal care este presiunea intramiometrială între contracții;
- intensitatea sau amplitudinea (în mm. col. Hg);
- frecvența: numărul de contracții în 10 min.;
- ritmicitatea și durata.

Școala de la Montevideo a lui Caldeyro Barcia consideră că activitatea uterină este produsul dintre intensitate (exprimată în mmHg) și frecvența contracțiilor uterine în 10 min. (unitatea Montevideo).

În prima perioadă a nașterii, activitatea uterină crește progresiv până la 80 - 150 U.M. prin creșterea intensității la 30 - 50 mmHg și a frecvenței la 3 - 6 contracții/10 min.

Conceptul de naștere dirijată se aplică și corecției tulburărilor de dinamică care pot apare: prin insuficiență sau exces. Hipodinamica uterină se corectează prin administrarea de perfuzii ocitocice, iar dinamica excesivă beneficiază de aportul antispasmodicelor, opiacee sau a betamimeticelor. Alte substanțe utilizate în susținerea forței de contracție a mușchiului uterin sunt substanțele energetice: glucoza hipertonă, vitamine, oxigen.

Scanned with OKEN Scanner

Dilatarea colului

Este un fenomen dinamic, care se apreciază prin examen digital, efectuat obligator la intrarea parturientei în sala de naşteri, apoi la un interval de 3 ore sau ori de câte ori este nevoie. În caz de membrane rupte, datorită riscului septic, examenul digital se va efectua mult mai rar. Unii autori au recomandat T.R. pentru aprecierea stării colului, care protejează față de riscul septic, însă oferă mult mai puține informații.

La fiecare examinare se va nota poziția colului, gradul de suplețe şi mărimea dilatației (în cm).

- Poziția colului: în mod normal în timpul naşterii, colul este situat central, însă uneori se află posterior. Situația sa centrală este favorabilă dilatației.
- Ştergerea colului reprezintă juxtapunerea celor două orificii, în realitate persistând o grosime de 1 cm. La primipare, ştergerea precede dilatația, iar la multipare aceste procese au loc simultan.
- Dilatarea colului se apreciază în cm, acesta fiind un parametru foarte important al supravegherii naşterii, fiind identificate două faze:
  - faza latentă, care durează la primipare 7 - 8 ore începe de la debutul contracțiilor uterine până la o dilatare de 3 - 4 cm.;
  - faza activă, de la 3 - 4 cm până la dilatație completă. Această fază are două perioade:

Scanned with OKEN Scanner

- de accelerație (în jur de 2 ore);
- de decelerație (4 - 5 ore), până la dilatație completă.

Dilatarea colului uterin este elementul cel mai important al primei perioade a nașterii. De multe ori distociile de dilatație sunt legate de distociile dinamicii uterine, de aceea dirijarea travaliului va face apel la antispastice, opiacee, infiltrarea colului (metodă neacceptată unanim) sau ruperea membranelor.

Formarea şi ruperea pungii amniotice

Se precizează prin EVD şi EVV şi are loc concomitent cu dilatarea colului. Punga amniotică reprezintă un sac membranos aflat între prezentație şi orificiul colului. În mod normal punga amniotică este plată, perceptibilă la contracții când se află în tensiune.

O pungă amniotică care bombează este în principiu nefavorabilă, putându-se asocia cu o prezentație neangajată. La o dilatație de 5 - 6 cm, membranele se pot rupe artificial (în prezentația craniană). Această manevră face parte din dirijarea travaliului, având semnificație în declanşarea nașterii, proba de naştere, distocii de dilatație, hipertonia uterină.

Riscul evident este procidența de cordon, care poate fi evitată printr-o manevră corectă.

Scanned with OKEN Scanner

Mecanismul de naştere

În cursul perioadei de dilatație, evoluția capului fetal este lentă şi progresivă, mai ales la debutul naşterii, mecanismul de naştere accelerându-se în cursul fazei active a travaliului. În această perioadă are loc orientarea, angajarea, coborârea parțială şi rotația.

Supravegherea mecanismului de naştere se face prin examen vaginal care va preciza: orientarea, flexia capului, sinclitismul, gradul de coborâre a prezentației, deformațiile plastice ale capului fetal.

Reperarea exactă a orientării este esențială pentru prognostic: palparea uterului gravid oferă unele date: dacă spatele este la dreapta aceasta corespunde în general unei poziții drepte posterioare, iar spatele la stânga, poate corespunde unei poziții stângi anterioare sau posterioare. Examenul vaginal apreciază varietatea de poziție prin palparea suturii sagitale (care va fi într-un diametru oblic) şi a fontanelei posterioare. Marea fontanelă este inconstant percepută.

Gradul de flexie a capului se apreciază după uşurința palpării fontanelei posterioare. Dacă marea fontanelă este palpabilă, prezentația prezintă un grad de deflexie.

Sinclitismul se apreciază prin gradul de centrare al suturii sagitale.

Înălțimea prezentației (mecanismul de naştere) se apreciază prin examen vaginal sau palparea abdomenului (vezi diagnosticul de angajare), iar rotația internă este termi-

Scanned with OKEN Scanner

nată când sutura sagitală este pe diametrul antero-posterior iar mica fontanelă sub simfiză. Angajarea capului fetal semnifică o probă de naştere pozitivă, care va autoriza naşterea naturală.

Deformațiile plastice ale capului fetal se referă la încălecarea oaselor parietale sau la existența unui decalaj între ele.

Prezența unei bose sero-sanghine poate jena fixarea diagnosticului de varietate de poziție sau al mecanismului de naştere.

7.2. Asistența naşterii în a II-a perioadă (dirijarea expulziei)

Perioada a II-a a naşterii (a expulziei fătului) începe din momentul când:

- colul este complet dilatat, rezultând un canal vagino-cervico-segmentar;
- membrane rupte;
- prezentația este parțial coborâtă sau coborâtă pe planşeul pelvin.

Durata acestei perioade este de:

- 30 - 45 min. la primipare;
- 10 - 15 min. la multipare şi mari multipare.

Parametrii urmăriți sunt:

Scanned with OKEN Scanner

Starea mamei (parturientei): se vor urmări T.A., pulsul, intensitatea durerii, comportamentul gravidei.

Pentru combaterea durerii se vor continua o serie de metode de analgezie din prima perioadă: peridurală, inhalatorie sau anestezia locală.

Anestezia locală a fost mult utilizată, fiind în prezent înlocuită cu anestezia peridurală. Deşi inițial s-a considerat că nu ar avea nici un efect nociv asupra fătului, astăzi sunt unele rezerve, aceasta determinând bradicardie fetală. În plus infiltrarea țesuturilor (perineu) materne poate determina hematoame.

Infiltrarea perineului interceptează ramuri ale nervilor ruşinoşi, abdomino-genitali, genito-crurali şi coccigian. Acest tip de anestezie asigură abolirea durerii produsă de distensia perineului la trecerea capului fetal. Infiltrația se realizează cu soluție de procaină sau xilină 0,5%, după testarea sensibilității.

Se descriu mai multe tehnici:

- Moore, care infiltrează progresiv un romb care acoperă regiunea vulvo-perineală;
- Aburel (H_1 şi H_2) sau tehnica Dobrovici.

Conducerea fiziologică a expulziei se referă la:

- reducerea componentei dureroase;
- reducerea conflictului dintre prezentație şi părțile moi. Aceste deziderate se obțin prin:
  - asigurarea eficienței contracțiilor uterine;

Scanned with OKEN Scanner

- perineotomia;
- scurtarea perioadei de expulzie prin utilizarea vidextractorului sau forceps, când acestea sunt necesare.

Starea fătului

Starea fătului se apreciază prin supravegherea BCF la 5 - 10 min., care acum se percep suprasimfizar.

Progresul naşterii

Progresul naşterii se referă la o serie de fenomene care sunt caracteristice acestei perioade:

- eforturile expulzive;
- modificările plastice ale perineului;
- mecanismul de naştere.

— Eforturile expulzive sunt declanşate de contactul capului fetal cu ridicătorii anali, cât şi de contracţiile uterine. Contracţiile expulzive, la care participă şi musculatura abdominală, sunt involuntare, pot fi dirijate de medic sau parturientă, apar la interval de 1 min. şi durează 45 - 60 sec.

Pentru a fi eficiente, la o contracţie gravida va face o manevră Valsalva (se pot face 2 - 3 eforturi expulzive la o contracţie).

— Modificările perineului se referă la:

- dilatarea perineului posterior

Scanned with OKEN Scanner

- dilatarea perineului anterior;
- dilatarea orificiul vulvar.

Dilatarea perineului posterior este primul semn de expulzie: creşte distanța ano-vulvară şi se produce eversarea sfincterului anal. În acest moment parturienta se urcă pe masa ginecologică pentru asistența naşterii. Referitor la pozițiile de naştere, cea care permite un control riguros al gravidei, intervenind favorabil şi în mecanismul de naştere, este poziția ginecologică cu coapsele flectate pe bazin şi gambele flectate pe coapse, la un unghi de 90°.

În afara acestei poziții, se descriu şi alte posturi: poziția verticală, în genunchi, aşezat, decubit lateral stâng.

Dilatarea perineului anterior: acesta va bomba şi se va dilata, iar distanța ano-vulvară creşte la 8 - 10 cm.

Dilatarea inelului vulvar, care coafează prezentația ce apare progresiv la vulvă la eforturile expulzive şi se retrage între contracții (semn că degajarea din canalul dur nu s-a terminat). În acest moment se poate efectua episiotomia.

Mecanismul de naştere

În această perioadă se produce completarea coborârii (uneori rotația anterioară se produce la nivelul planşeului pelvi-perineal (sutura sagitală este pe diametrul antero-posterior iar mica fontanelă este sub simfiză, ceea ce desemnează expulzia în O.P.).

Când capul fetal nu se mai retrage între contracții, s-a

Scanned with OKEN Scanner

produs degajarea din canalul dur iar degajarea din canalul moale se poate ajuta (dirija), ceea ce desemnează **asistența la naştere**, care presupune:

1. • toaleta vulvoperineală;
2. • aşezarea câmpurilor;
3. • pregătirea personalului (halat, mască, mănuşi). Cel care asistă naşterea se aşează la dreapta parturientei;
4. • pregătirea instrumentarului: trusa de cordon, trusa de perineu, comprese, câmpuri sterile, pense port-tampon. Masa ajutătoare se aşează sub parturientă.

Pentru a ajuta degajarea din canalul dur (flexia capului), se vor face presiuni asupra capului fetal subsimfizar. Când prezentația este coafată de inelul vulvar, cu marginea cubitală a mâinii stângi sprijinită pe simfiză, se vor cuprinde bosele parietale între police şi celelalte degete pentru a împiedica o degajare prea rapidă.

Când bosele parietale destind puternic orificiul vulvar, cu degetele mâinii drepte se decoronează craniul. Pentru a ajuta degajarea din canalul moale se pot utiliza două tehnici:

- cu mâna dreaptă, prin intermediul unui câmp steril, se aplică o presiune perineului posterior, în felul acesta protejându-l;
- cu două degete a mâinii drepte, prin intermediul unei comprese, se repereză bărbia fătului (între

Scanned with OKEN Scanner

anus şi comisura vulvară posterioară), asupra căreia se aplică o presiune în sus.

După degajarea capului, se verifică dacă există o circulară pericervicală de cordon (dacă este strânsă se secționează între pense, dacă este laxă se trece peste capul fătului), se şterg mucozitățile din gura fătului cu o compresă.

Pentru degajarea umerilor, se apucă capul fetal cu fețele palmare a celor două mâini, aşezate în lungul parietalelor şi în timpul unei contracții, se rotează capul cu fața spre stânga sau dreapta (după cum a fost poziția lui inițială). Astfel, umerii ajung în diametrul antero-posterior. Pentru degajarea umărului anterior, se fac tracțiuni în jos asupra capului fetal, până la apariția reliefului deltoidian, apoi se schimbă tracțiunea, în sus pentru degajarea umărului posterior.

Degajarea pelvisului fetal nu ridică nici un fel de probleme.

În acest moment perioada a II-a a naşterii este terminată.

După extracția fătului, acesta se aşează într-un decubit lateral pe masa ajutătoare. Se face apoi secțiunea cordonului: pentru a evita acidoza fetală, aceasta se va efectua în max. 30 sec. după naştere.

Scanned with OKEN Scanner

7.3. Asistența nașterii în perioada a III-a a nașterii

Starea parturientei - se va supraveghea în primul rând echilibrul cardio-vascular şi cantitatea de sânge pierdută. În această perioadă se pierd aproximativ 250 ml sânge (considerată o cantitate normală).

După expulzia fătului, uterul este de 2 laturi de deget supraombilical, având o consistență renitentă. Parturienta este în poziție obstetricală, având pensat capătul matern al cordonului, care este aşezat pe abdomenul mamei.

Starea noului născut se apreciază după scorul Apgar, care reprezintă sumarea unor note (de la 0 la 2), care se referă la:

- activitatea cardiacă;
- reflexele;
- coloraţia tegumentelor;
- respiraţia;
- tonusul muscular;

Apgar

Dacă scorul Apgar este sub 7 imediat după naştere, acesta se va reevalua la 5 - 10 - 15 min., apoi se face cântărirea, măsurarea, identificarea noului-născut, profilaxia vulvitei la fetiţe şi a oftalmiei, apoi noul născut este aşezat într-un microclimat specific, la o temperatură de 22 - 23°C

Progresul naşterii se referă la mecanismul de naştere

Scanned with OKEN Scanner

al placentei.

Acesta presupune trei perioade:

- de repaus fiziologic, de 3 - 5 min.;
- de decolare placentară de 15 - 20 min. Acum reapar contracțiile uterine, la 3 - 4 min. de 30 sec., care decolează placenta. Termenul de decolare placentară este incorect fiindcă de fapt planul de clivaj al placentei se află în grosimea endometrului, acesta fiind diferențiat în două planuri distincte: unul superficial, în raport cu placenta, care datorită unei degenerări hialine are un aspect compact (este caduca propriu-zisă) şi care se va elimina cu placenta şi un strat profund în raport cu peretele muscular, care corespunde fundurilor de sac glandulare, care îi dă un aspect spongios şi de unde se va regenera endometrul. Clivajul se produce între stratul compact şi spongios.

Mecanismul clivajului: clasic (Boudeloque), prin care se formează un hematom între cele două straturi, sub influența contracțiilor uterine. Acest mecanism se produce la inserția fundică a placentei. Când placenta este inserată pe unul din pereții laterali, clivajul se face decliv, acesta fiind mecanismul Duncan.

- migrația placentei se produce sub influența contracțiilor uterine, dar placenta este reținută de membrane şi ea se eversează, fața fetală fiind prima care se elimină (model Boudelouque), sau fără eversare, când prima prezintă fața maternă (model Duncan).

Scanned with OKEN Scanner

Clinic, migrația placentară în segmentul inferior face ca uterul să ascensioneze, iar pasajul placentei în vagin aduce fundul uterului subombilical.

Pentru a verifica decolarea placentei, se ține pensa cu cordonul cu o mână (cordonul ușor relaxat) și se aplică o presiune suprasimfizar, împingând uterul în sus. Dacă cordonul nu se retrage, clivajul s-a produs și o presiune la fundul uterului ajută la expulzia placentei.

După delivrare, se face un control amănunțit al integrității placentei și a membranelor cât și a distanței dintre marginea membranelor și inserția placentei, pentru aprecierea sediului de inserție a acesteia (normal peste 10 cm).

Durata perioadei a III-a nu va depăși 30 min., în condițiile în care nu se produc hemoragii care să impună extracția manuală.

Partograma

Partograma reprezintă un act medico-legal. Este un rezumat sintetic, care face o analiză succesivă a evoluției nașterii.

Partograma poate fi reprezentată fie de o diagramă obstetricală (Lacomme), fie ca un grafic (diagrama lui Friedman), sau sub forma unui tabel unde sunt consemnate elementele obstetricale.

Partograma se începe la intrarea parturientei în sala de

Scanned with OKEN Scanner

naşteri (col şters dilatat 2 cm), sau atunci când gravida ajunge mai târziu la sală, din momentul când se face prima examinare.

În afara datelor de identificare, nr. F.O., data şi ora intrării în sala de naşteri, cât şi modalitatea ruperii membranelor, partograma cuprinde o serie de rubrici care vor fi completate după examinarea gravidei (orar sau la 3 ore, prin EVV sau EVD).

Prima rubrică cuprinde data şi ora şi ne oferă informații asupra duratei perioadelor de naştere.

Următoarea rubrică va fi completată cu datele referitoare la dilatația colului (în cm) şi eventualele elemente patologice care pot apare (edem de col).

Urmează notarea mecanismului de naştere: de la prezentație aplicată, angajată, angajat parțial coborâtă, coborât începutul expulziei până la expulzia fătului.

Următoarele două rubrici se referă la starea membranelor şi a lichidului amniotic, urmând starea fătului (frecvența BCF), apoi date referitoare la contracțiile uterine (interval şi durată) şi tonusul bazal.

Ultima rubrică a partogramei se referă la diversele terapii aplicate gravidei.

La fiecare examinare, medicul va semna şi parafa datele obținute în urma examinării.

Aceste elemente se referă la prima perioadă a naşterii.

În a II-a perioadă (expulzia fătului), se va consemna

Scanned with OKEN Scanner

modalitatea expulziei (O.P. sau O.S.) şi calitățile noului-născut: greutatea, sex, lungime, scor Apgar, circulare de cordon etc.).

Acum se va consemna episiotomia sau prezența rupturilor canalului moale.

Perioada a III-a a naşterii se referă la expulzia placentei: modalitatea delivrării, aspectul placentei şi a membranelor, epiziorafia.

În partogramă se vor consemna şi primele 3 - 4 ore ale lehuziei imediate (la un interval de 30 min.), când se va nota calitatea retracției uterine (prezența globului de siguranță), a sângerării, T.A. şi pulsul lehuzei. Orice manevră (decolare manuală, control al cavității uterine, meşarea uterului) se va nota în partogramă.

Completată astfel, partograma oferă o imagine clară a derulării naşterii, pe perioade, cât şi măsurile terapeutice administrate.

Scanned with OKEN Scanner

8. DECLANŞAREA ARTIFICIALĂ A NAŞTERII

8.1. Elemente de fiziologie a naşterii

Naşterea spontană corespunde unei modificări a naturii şi intensităţii contracţiilor uterine la sfârşitul gestaţiei, însă până în prezent nu se poate formula un concept unitar care să înglobeze toţi factorii materno-fetali implicaţi în determinismul naşterii.

Diversele metode de declanşare artificială, fac apel la unele tehnici sau droguri care sunt cert implicate în declanşarea naşterii.

Astfel, excitarea mecanică a colului determină emiterea unui semnal pe căi vago-simpatice, sau prin eliberarea de pG sau ocitocină, care sunt implicate în determinismul travaliului. Un alt element important în reuşita declanşării naşterii este reprezentat de gradul de maturaţie al colului. Cu toate că acesta nu este un fenomen declanşator al naşterii, se consideră că maturaţia colului, datorată degradării colagenului, uşurează contracţiile uterine, fiind un element esenţial pentru realizarea dilataţiei.

Declanşarea medicamentoasă a naşterii se bazează pe proprietăţile unor substanţe de a provoca contracţii uterine.

Scanned with OKEN Scanner

Utilizarea estrogenilor are la bază proprietăţile excitante asupra fibrei miometriale. De fapt, cu toate că estrogenii nu cresc semnificativ înainte de naştere, ei intervin în formarea joncţiunilor permeabile, sinteza receptorilor pentru ocitocină cât şi în sinteza şi eliberarea pG. Dintre estrogeni se consideră că ca[illegible]ecolestrogenii au rol în declanşarea naşterii.

Administrarea de estrogeni induce de asemeni o creştere a propriilor receptori.

Utilizarea ocitocinei în declanşarea artificială a naşterii se bazează pe proprietatea sa fundamentală de declanşare a contracţiilor uterine, stimulii eliberării de ocitocină fiind vaginul, colul, mamelonul, care explică metodele de declanşare prin stimularea mecanică a colului sau prin stimulare mamară. Sensibilitatea miometrului la ocitocină, creşte în apropierea datei probabile a naşterii, când creşte şi numărul receptorilor. La termen, sensibilitatea uterului la ocitocină este de 10 - 15 ori mai mare (ceea ce explică succesele în declanşare dacă sarcina este la termen).

Ocitocina are de asemeni capacitatea de a stimula pG. Concentraţiile sediilor celulare unde se află receptori la ocitocină, cresc după administrarea de estrogeni.

Utilizarea pG E_2 şi F_2 alfa în declanşarea naşterii se bazează pe proprietăţile acestora de a iniţia contracţii uterine, producţia lor fiind crescută la naştere.

De asemeni, pG induc formarea de joncţiuni permeabile participând şi la maturarea cervicală.

Scanned with OKEN Scanner

Producția de prostaglandine este stimulată de ruperea membranelor (rolul amniotomiei în declanşare), sau stimularea polului inferior al oului (rolul mijloacelor mecanice).

Alte metode de declanşare ca decolarea polului inferior al oului sau injecția intraamniotică, fac apel la intervenția factorilor mecanici în declanşarea naşterii.

Aceste elemente de fiziologie a naşterii explică intervenția unor metode în declanşarea artificială a naşterii.

DECLANŞAREA ARTIFICIALĂ A NAŞTERII (DAN)

DAN reprezintă inducerea prin diverse metode a contracțiilor uterine, la o gravidă peste 28 săptămâni amenoree.

Scopul acestei metode este de a întrerupe evoluția sarcinii, naşterea provocată nefiind decât o alternativă, care dacă este riscantă sau ineficace va fi înlocuită cu operația cezariană.

8.2. Indicațiile declanşării artificiale ale naşterii

Cea mai veche indicație, naşterea prematură provocată în cazul viciațiilor pelvine, este de domeniul istoricului.

În prezent DAN are trei grupe de indicații:

1. • indicații medicale, când naşterea este provocată

prematur;

2. • declanşarea de oportunitate;

3. • naşterea la dată fixă.

Declanşarea prematură a naşterii se poate face în scop matern sau fetal.

— Indicaţiile materne sunt rare şi de o anumită relativitate, cuprinzând afecţiuni care pot prejudicia viaţa mamei: leucoze, cancer de sân, boli renale, cardiace sau pulmonare unde orice semn de agravare a bolii poate justifica declanşarea, deşi în aceste cazuri cezariana este considerată mai optimă. Alte indicaţii: psihoze severe, făt malformat (pentru starea psihică a mamei).

— Indicaţii fetale: membrane rupte prematur, boala hemolitică a noului-născut la multipare dacă sunt antecedente fetale grave şi titru mare de Ac, diabetul zaharat matern. Suferinţa fetală este o indicaţie istorică, în prezent această patologie rezolvându-se prin operaţie cezariană.

Declanşarea de oportunitate se aplică în cazul sarcinilor supramaturate (peste 42 săpt.). Cu toate că această indicaţie se regăseşte frecvent în toate statisticile, evaluarea clasică a duratei sarcinii duce la o supraestimare a frecvenţei sarcinilor prelungite, 70% dintre acestea fiind pe nedrept considerate astfel.

Naşterea la dată fixă este o indicaţie care s-a dezvoltat mult în ultimul timp, fiind vorba de dorinţa gravidei care cere să nască la o dată precisă (cu puţin înaintea DPN),

Scanned with OKEN Scanner

pentru motive de ordin social, familial etc.

Această eventualitate oferă personalului medical posibilitatea unei supravegheri mai atente a parturientei.

Dintre aceste indicaţii, o parte şi-au pierdut semnificaţia, fiind înlocuite de operaţia cezariană (naşterea prematură provocată), de actualitate fiind DAN în caz de sarcină supramaturată reală şi naşterea la dată fixă.

În afară de ruperea prematură a membranelor, în toate celelalte cazuri, cel mai potrivit timp pentru declanşare este în apropierea DPN, când sunt îndeplinite condiţiile pentru o naştere în condiţii de maximă securitate pentru mamă şi făt.

8.3. Condiţiile DAN

Elementul esenţial este cunoaşterea exactă a vârstei gestaţionale şi a greutăţii fetale. Aceste date pot fi obţinute după UM, PMF, IFU la care se asociază examenul echografic, care permite efectuarea biometriei fetale, cât şi obţinerea de date referitoare la placentă, LA etc.

— **Condiţii fetale** - se referă la gradul de maturitate fetală. Acest criteriu, deosebit de important, se poate evalua printr-o serie de metode invazive sau noninvazive. Metodele invazive se referă la amnoicenteză şi studiul diverselor componente ale lichidului amniotic, care corespund unor funcţii fiziologice particulare a fătului.

Maturitatea pulmonară fetală, de care depinde dezvoltarea unui sindrom de detresă respiratorie postpartum, este

Scanned with OKEN Scanner

maturarea pulmonară
cea mai importantă funcție fetală. Aceasta este evaluată prin raportul lecitină/sfingomielină, care normal este peste 2. Dozarea creatininei, oferă informații asupra maturității aparatului renal, cât şi a volumului masei musculare fetale (normal peste 2 mg%).

Studiul citologic al LA, apreciază maturitatea cutanată (calculul procentului de celule organe, normal peste 15%).

Altă metodă invazivă care apreciază maturitatea fetală este radiografia fătului: căutarea unor puncte de osificare, care apar la anumite vârste gestaționale (punctul Béclard de la extremitatea distală a femurului, care apare la 37 săpt.).

În afara acestor explorări invazive, care prezintă unele riscuri (risc de declanşare a naşterii prin ruperea membranelor, risc de iradiere), metodele noninvazive fac apel la examenul echografic. Echografia precoce efectuată la 14 - 16 săptămâni aduce cele mai importante date asupra vârstei gestaționale. Repetarea acestei examinări în apropierea DPN permite prin analiza unor parametri morfologici, estimarea vârstei gestaționale şi implicit a gradului de maturitate fetală.

— **Condiții materne** generale: absența distociilor, a cicatricei uterine şi a suferinței fetale.

Condițiile locale sunt cele mai importante şi de valoarea acestora depinde reuşita metodei de declanşare. Acestea se referă la:

- starea colului (gradul de ştergere, de dilatație, suplețe, orientarea acestuia);

Scanned with OKEN Scanner

- varietatea şi starea prezentației mobilă, angajată.

DAN este mult mai facilă, cu cât colul uterin este mai „copt", întredeschis, suplu, iar segmentul inferior este subțire, bine mulat pe prezentație.

Ideea de a cuantifica diferiți factori care contribuie la declanşarea naşterii a dus la stabilirea unor scoruri de predicție, care fac un prognostic al declanşării. Toate scorurile se aplică prezentației craniene, cele mai simple fiind scorul Bishop (notat 1 - 13) şi Burnett (0 - 10).

Inducerea contracțiilor uterine se obține mai uşor la cifre crescute ale scorurilor (peste 6).

Aceste scoruri de predicție au însă o serie de elemente discutabile, fiindcă în afară de starea colului şi prezentației, sunt şi alți factori care intervin: paritate, vârsta sarcinii. Lipseşte apoi un echilibru între diferitele elemente ale scorurilor: astfel Friedman, a arătat că dilatația colului are un rol mult mai important ca suplețea şi lungimea sa, renunțând la parametrul care desemnează poziția colului.

Menționăm însă că aceste scoruri de predicție a DAN au numai o valoare orientativă, fără a prognostica cert reuşita metodei.

De remarcat că la orice DAN, vor fi atent monitorizate elementele binomului materno-fetal (contracții uterine, RCF).

Scanned with OKEN Scanner

8.4. Metode de DAN

Cuprind două grupuri de procedee:

- nemedicamentoase;
- medicamentoase.

Metodele nemedicamentoase

Metodele nemedicamentoase sunt mijloace mecanice şi alte tehnici.

— Mijloacele mecanice acționează asupra regiunii cervico-segmentare, inducerea contracțiilor uterine fiind atribuită reflexului neuro-hormonal utero-hipotalamic Ferguson, de eliberare a ocitocinei.

Aceste procedee, utilizate azi foarte rar, se pot aplica multiparelor, al căror col este suplu şi întredeschis.

Ca mijloace mecanice s-au utilizat:

- decolarea digitală a polului inferior al oului;
- bujiile, care sunt sonde de cauciuc care se introduc prin col (bujia Krause, sonda Trillat);
- balonetele (Champetier de Ribes, Boissard etc.)

Bujiile şi balonetele au însă unele inconveniente, pe primul loc situându-se infecția datorită creării unei cavități închise. Alte complicații ale mijloacelor mecanice sunt: ruperea membranelor, procidența de cordon, distocii de col, rupturi de col.

- amniotomia este o metodă veche, care se asociază

Scanned with OKEN Scanner

de multe ori cu perfuzia ocitocică. De remarcat că după ruperea membranelor, naşterea se va termina într-un interval de maxim 24 ore, datorită riscului septic. Alte complicaţii se referă la procidenţa de cordon, distocii de dinamică, suferinţă fetală. Inconvenientul major al metodei constă în ireversibilitatea sa, care în caz de eşec se va continua cu perfuzia ocitocică, sau administrarea de prostaglandine.

- alte tehnici nemedicamentoase:
  - stimularea mamară;
  - acupunctura;
  - stimularea prin curent electric a colului.

Metode medicamentoase

Declanşarea medicamentoasă a naşterii utilizează o serie de droguri, unele cu cert efect asupra contracţiilor uterine, altele considerate adjuvante. Dintre acestea, estrogenii administraţi în scopul pregătirii fibrei uterine la acţiunea ocitocinei, ar avea o acţiune discutabilă.

Utilitatea acestei metode este controversată, valorile ridicate ale estrogenilor de origine placentară din organismul gravidei la termen, pledând împotriva unei activităţi a acestora favorabilă declanşării travaliului.

Cei mai mulţi autori nu mai recomandă utilizarea estrogenilor decât în pregătirea declanşării naşterii din sarcinile supramaturate, unde existenţa unui grad de senescenţă

Scanned with OKEN Scanner

placentară ar justifica utilizarea lor.

Droguri considerate a avea un efect în declanşarea naşterii: chinina, uleiul de ricin, metherginul, noradrenalina, sparteina.

Cel mai utilizat produs medicamentos pentru DAN este ocitocina, a cărei eficacitate este unanim recunoscută.

Perfuzia de ocitocină în doză de 5 UI/500 ml ser glucozat 5% este formula clasică cea mai indicată, singurele sale contraindicaţii fiind prezentaţiile distocice, marile multipare, uterul cicatricial.

Perfuzia ocitocică are însă unele limite, administrarea sa făcându-se după testarea sensibilităţii. Ritmul perfuziei va fi între 5 - 30 pic/min., asociat cu o monitorizare a reactivităţii uterine şi a fătului. Pentru un debit mai exact, în prezent se utilizează pompa de perfuzie continuă.

Uneori, după doze mari de ocitocină (peste 20 UI), noul născut prezintă o hiperbilirubinemie, datorată unei hemolize (ocitocina ar determina o balonare a eritrocitelor prin fenomene osmotice, iar eritrocitele fetale sunt mult mai uşor de distrus). De aceea se va administra cu prudenţă perfuzia ocitocică la gravidele cu incompatibilitate Rh sau naştere prematură.

Prostaglandinele (Pg). Sunt substanţe chimice care se sintetizează în ţesuturi şi organe, care acţionează asupra locului lor de formare, fără a fi transferate spre organe ţintă. În sensul strict al termenului, Pg nu sunt substanţe hormonale,

Scanned with OKEN Scanner

nefiind sintetizate de glande endocrine şi nu acționează asupra unui receptor specific.

Ele acționează stimulând sau inhibând adenil-ciclaza membranară, inducând astfel variații ale nivelului de AMPc intracelular. Pg au capacitatea de a mobiliza calciul şi de a condiționa migrația unor ioni (Na) transmembranar, favorizând astfel contracția muşchilor netezi.

Se cunosc 6 Pg primare: E_1, E_2, E_3, F_1-α, F_2-α, F_3-α, cât şi o serie de Pg secundare (care derivă unele din altele), pornind de la PgE.

Dintre Pg, cele care acționează asupra uterului gravid sunt PgF, E_1 şi E_2, care cresc tonusul muscular, frecvența şi amplitudinea contracțiilor.

Administrarea de PgF şi E determină la nivelul uterului o vasoconstricție care induce contracția miometrului. Hipertonicitatea miometrială determină dezordini circulatorii placentare cu scăderea hCG şi a progesteronului. Reducerea nivelului de progesteron determină ridicarea blocajului progesteronic, miometrul devenind sensibil la acțiunea contracturantă a Pg, antrenând astfel apariția contracțiilor uterine.

Pentru DAN se utilizează PgE_2 şi F_2-α.

Căile de administrare sunt:

- calea I.V. (doză de 0,4 - 0,5 mg de PgE_2). Rezultatele pozitive sunt în 90 - 100%;
- calea orală utilizează PgE_2 (un cp/oră sau la două ore). Efectul se obține după 3 - 4 ore;

Scanned with OKEN Scanner

- calea vaginală utilizează cp. sau geluri, care au rol în maturarea canalului cervical. Se pot folosi cp. de PgE_2, sau o suspensie cu PgE_2 sau F_2-α. Local, se poate utiliza injectarea la nivelul istmului a unei doze unice de 0,5 mg de PgE_2 sau 5 mg de PgF_2-α, obținându-se o ameliorare a scorului Bishop.
- calea intrauterină extraamniotică utilizează o pompă de perfuzie continuă introdusă printr-un cateter între membrane şi segmentul inferior. Această tehnică dă rezultate pozitive în 90 - 100% cazuri, dar este incomodă pentru gravidă şi de aceea a fost înlocuită cu administrarea unei suspensii care se introduce local.

Efectele secundare ale Pg

Pg administrate pe cale I.V. sau orală determină apariția de grețuri, vărsături, diaree, bufee de căldură, cefalee, vertij, tuse, dureri toracice.

Contraindicațiile relative ale Pg sunt astmul bronşic şi epilepsia.

Toate procedeele de DAN au unele procentaje de eşec, de aceea în scopul obținerii unui efect sigur se pot utiliza asocieri de diverse metode: amniotomia şi perfuzia ocitocică, sau metode mecanice şi perfuzie ocitocică.

Pentru DAN se pot utiliza mai multe tentative cu metode medicamentoase, repetate la 24 - 48 ore, în condițiile supravegherii atente a stării fătului.

Scanned with OKEN Scanner

9. PREZENTAȚII CRANIENE DEFLECTATE

Spre deosebire de prezentația occipitală, unde capul este bine flectat pe trunchi, prezentațiile facială şi frontală sunt prezentații deflectate fie parțial (frontală) fie total (facială). Este foarte important de a recunoaşte aceste prezentații, fiindcă în prezentația frontală naşterea naturală nu se poate produce.

9.1 Prezentația frontală

Prezentația cefalică parțial deflectată (frontală) este cea mai distocică dintre prezentațiile cefalice. Prezentația se constituie de regulă la debutul naşterii.

Frecvența este de aproximativ 1‰ din naşteri.

Varietăți de poziție. Punctul de reper este nasul (N) şi în funcție de raportul său cu reperele pelvine, se descriu: N.I.S.A., N.I.D.P., N.I.D.A., N.I.S.P., N.I.T. dreaptă şi stângă.

Diagnosticul în timpul sarcinii este dificil, chiar imposibil.

Inspecția arată un uter dezvoltat longitudinal. La palpare, capul fetal este sus situat iar occiputul se poate palpa palpând şanțul gâtului. Opus, se poate percepe mentonul.

Ascultarea relevă B.C.F. subombilical.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul local efectuat pe un col închis nu oferă informații.

Diagnosticul în timpul naşterii

Acum, examenul vaginal este capital, mai ales la o dilatație de 5 - 6 cm după ruperea membranelor. Se poate palpa nasul fetal (care niciodată nu suferă modificări plastice), marea fontanelă, fosetele orbitare şi globii oculari, dar niciodată nu se va palpa mentonul.

În funcție de orientarea narinelor se poate preciza varietatea de poziție.

Diagnosticul diferențial se face cu: prezentația facială (unde se palpează mentonul), prezentația pelvină.

Etiologie

În principiu prezentația frontală este un accident imprevizibil până la debutul naşterii, citindu-se o serie de factori care jenează acomodarea feto-pelvină: bazin plat, polihidramnios, multiparitate, dolicocefalia.

Mecanism de naştere

Naşterea pe căi naturale a unui făt cu greutate normală este imposibilă în prezentația frontală, însă se poate descrie un mecanism de naştere pentru feții mici, prematuri sau în sarcina gemelară.

— Angajarea se face într-un diametru oblic sau transvers cu diametrul occipito-mentonier (13 cm). Angajarea se face cu un modelaj al capului, este o angajare în forță care egalizează conturul capului, obligând la deschiderea gurii şi

Scanned with OKEN Scanner

retropulsia maxilarului inferior.

— Coborârea și rotația este lentă și dificilă, aducând prezentația în poziție nazo-pubiană. Dacă rotația se produce posterior, maxilarul superior blochează capul la simfiză.

— Degajarea implică o succesiune de mișcări de flexie și deflexie (este o degajare în sacrată), punctul fix fiind maxilarul superior.

Derularea travaliului este dificilă, penibilă cu hiperkinezie și hipertonie, membranele se rup precoce. Capul fetal suferă deformații plastice (craniul în „vizieră" cu o mare bosă).

Complicațiile sunt regula:

1. anclavarea (blocarea capului sub strâmtoarea superioară);
2. ruptura uterină;
3. suferința fetală acută (moartea fătului);
4. hemoragii de delivrare.

Prognosticul matern și fetal este bun, cu condiția recunoașterii prezentației și a efectuării operației cezariene. În celelalte situații, prognosticul este foarte rezervat.

Conduita. Diagnosticul de prezentație frontală are o singură sancțiune: operație cezariană. Orice alt gest terapeutic este contraindicat (tentativa de flecta sau deflecta capul fetal).

9.2. Prezentația bregmatică

Este o prezentație moderat deflectată, marea fontanelă ocupând centrul excavației.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul în cursul sarcinii este de multe ori imposibil. După dilatarea colului, în afara marii fontanele, care poate fi mascată de o bosă, se poate palpa rădăcina nasului, dar niciodată maxilarul inferior. Riscurile materne şi fetale sunt aceleaşi ca în prezentaţia frontală şi atitudinea cea mai rezonabilă rămâne cezariana, dar uneori naşterea naturală este posibilă.

Angajarea se face într-un diametru oblic sau transvers cu diametrul occipito-nazal. Nu are loc nici un timp asociat, deci capul va suferi un modelaj, rezultând o egalizare a contururilor. Coborârea şi rotaţia sunt laborioase iar degajarea se face în nazo-pubiană, iniţial printr-o flexie apoi deflexie. Capul suferă o deformaţie plastică „în turn".

Conduită – uneori se poate efectua o probă de naştere. În unele cazuri diagnosticul de prezentaţie bregmatică este retrospectiv, după deformaţiile caracteristice ale capului fetal.

9.3. Prezentaţia facială

Este prezentaţia cefalică unde capul se află în deflexie maximă, astfel că occiputul ia contact cu spatele fetal, iar partea fetală care se angajează şi coboară prima, este faţa fătului şi mentonul, care reprezintă punctul de reper al prezentaţiei (M).

Această deflexie nu este localizată numai la cap; întreg

corpul fătului participă la această atitudine, coloana lombară fiind în lordoză puternică iar atitudinea persistă şi după naştere.

În această prezentație, diametrele de angajare sunt moderate: submento-bregmatic (9,5 cm) şi bimalar (9 cm).

Etiologie – poziție originală în extensie a fătului. Normal, embrionul este flectat din primele stadii. Uneori (ca în prezentația facială) atitudinea originală este modificată. Această atitudine primitivă poate fi diagnosticată prin examen radiologic (echo) în cursul evoluției sarcinii.

Din acest punct de vedere, prezentația facială se deosebeşte de prezentația frontală, care este o prezentație secundară, care apare în cursul naşterii.

Lordoza fetală se menține câteva zile după naştere.

Alte cauze a prezentației faciale pot fi: o jenare a acomodării de etiologie maternă (viciație de bazin, uter oblic), fetală (exces de volum fetal, anencefalie, tumori ale gâtului fetal) sau ovulare (placentă previa, hidramnios).

Frecvența este de 0,15%.

Varietăți de poziție: cea mai frecventă varietate este M.I.D.P., apoi M.I.S.A., M.I.D.A. şi M.I.S.P. Deoarece prezentația facială se întâlneşte în bazinele aplatizate, se descriu şi varietățile M.I.D.T. şi M.I.S.T.

Diagnosticul în timpul sarcinii este dificil, de multe ori imposibil (prezentația este sus situată, nu se percepe fruntea). Diagnosticul poate fi însă pus prin examen radiologic

Scanned with OKEN Scanner

sau echografic.

Diagnosticul în timpul naşterii se poate face însă numai după dilatarea colului. Prezentația rămâne mult timp ascensionată, dar se pot palpa: fruntea, arcadele orbitare, piramida nazală, maxilarul superior, gura şi mentonul.

Nu se va palpa însă fontanela anterioară.

Dintre toate reperele palpate, piramida nazală este singura care nu suferă deformații plastice. Diagnosticul de varietate de poziție se face după situația mentonului şi direcția narinelor.

Mecanismul de naştere

— Angajarea. Deflexia capului modifică diametrele acestuia, astfel că diametrul sincipito-mentonier este înlocuit cu cel submento-bregmatic de 9,5 cm, acesta situându-se în unul din diametrele oblice (frecvent cel stâng). Astfel, mentonul corespunde unei extremități a acestui diametru. Celălalt diametru, transversal, bimalar (9 cm), se aşează în celălalt diametru oblic. Astfel, angajarea se face uşor, în sinclitism şi capul depăşeşte aria strâmtorii superioare.

— Coborârea şi rotația. Caracteristica prezentației faciale este însă limitarea rapidă a angajării. După o scurtă progresie, solidarizarea dintre cap şi spatele fetal aduce diametrul presterno-sincipital (13,5 cm), sau diametrul de solidarizare, care este foarte puțin depresibil, în aria strâmtorii superioare.

Debutul coborârii, exagerând deflexia capului, aduce

Scanned with OKEN Scanner

mentonul la înălțimea planului ce trece prin marginea inferioară a simfizei. Acesta este momentul în care diametrul presterno-sincipital ajunge în aria strâmtorii superioare. Coborârea nu se poate face decât printr-o mişcare care va desolidariza capul de torace: o mişcare de rotație aduce mentonul sub simfiză, permițând desolidarizarea şi de aceea rotația se va face obligator înaintea coborârii. Rotația se face superior fiindcă posterior mentonul întâlneşte sacrul iar lateral este capul cotilului.

Deci rotația anterioară este esențială, aducând prezentația în diametrul antero-posterior al strâmtorii inferioare, condiție esențială a degajării.

Orice altă rotație nu permite naşterea naturală.

În varietățile anterioare, rotația este uşoară, cu 1/8 de cerc (M.I.S.A.), însă în M.I.D.P., rotația se va face cu 3/8 de cerc, explicată de planul lombo-iliac.

În varietățile posterioare, sternul se află sus situat la nivelul aripioarei sacrate, coborârea fiind rapid stopată.

— Degajarea. Orientarea în mento-pubiană realizează o degajare facilă. Mentonul se fixează sub simfiză, iar capul se flectează progresiv şi la vulvă apare succesiv gura, nasul, fruntea.

Fenomene plastice

- bosa sero-sanghinolentă poate avea sediul la nivelul buzelor, obrajilor, pleoape;
- excoriații ale feței;

Scanned with OKEN Scanner

- capul fetal se alungeşte, lordoza vertebrală persistă.

Conduită

Se impun două reguli: expectativă şi abținerea de la manevre care să transforme prezentația facială în prezentație occipitală.

La dilatație completă, se va aprecia poziția mentonului. La degajare sunt posibile mai multe eventualități:

- expulzia spontană;
- rotația nu se efectuează anterior sau este incompletă (anclavarea feții), ceea ce impune cezariana;
- expulzia întârzie, chiar dacă mentonul a ajuns sub simfiză. În aceste situații, majoritatea obstetricienilor preferă calea înaltă sau aplicarea de forceps (Demelin) în M.P.

Prognostic

Cel matern este bun, însă cel fetal este rezervat prin lentoarea travaliului, lipsa angajării, oprirea coborârii, lipsa rotației.

În prezentația facială apar unele distocii speciale:

- la strâmtoarea superioară: un grad de flexie poate transforma prezentația facială în frontală;
- în excavație, se poate produce anclavarea feții (rotația mentonului posterior);
- suferință fetală prin procidență de cordon, compresia cordonului.

Scanned with OKEN Scanner

10. PREZENTAȚIA PELVINĂ

Definiție

Prezentația pelvină este o prezentație longitudinală în care polul pelvin al fătului este în raport direct cu aria strâmtorii superioare.

Prezentația pelvină poate fi primitivă (păstrarea aşezării inițiale a fătului în uter) sau secundară, rezultată în urma verticalizării unei prezentații oblice.

Frecvența este în jur de 4%.

Prezentația pelvină este considerată o prezentație eutocică, unde naşterea naturală este perfect posibilă, totuşi datorită unor complicații (tulburări de dinamică, accidente hemoragice, traumatism fetal), ea este asociată de unii autori ca fiind la limita normal - patologic.

Ameliorarea prognosticului în naşterea pelvină se datoreşte:

- unei schimbări a concepției, obstetricianul fiind judecat după calitatea produsului de concepție;
- spiritul de echipă: neonatolog, anestezist;
- existența conceptului de naştere dirijată;
- locului important al operației cezariene în prezentația pelvină.

Varietăți

După atitudinea membrelor inferioare, se descriu două

Scanned with OKEN Scanner

varietăți:

- decompletă (modul feselor), când membrele inferioare sunt în atelă în fața trunchiului (2/3 cazuri);
- completă, când gambele sunt flectate pe coapse și coapsele pe bazin.

Varietăți de poziție

Reperul prezentației este sacrul, iar în funcție de reperele osoase ale bazinului se descriu: S.I.S.A., S.I.D.P., S.I.D.A., S.I.S.P. și două varietăți transverse. Cele mai frecvente sunt cele aflate pe diametrul oblic stâng.

Etiologie

Cuprinde toți factorii care împiedică efectuarea culbutei. Normal, uterul prezintă o regiune mai mare, fundică și una mai puțin încăpătoare (segmentul inferior). În primele 28 săptămâni partea cea mai voluminoasă este craniul fetal, iar în ultimul trimestru, partea cea mai voluminoasă devine pelvisul. Culbuta reprezintă schimbarea poziției fătului, datorită legii acomodării suprafețelor (Pajot). Orice obstacol care perturbă culbuta, determină permanentizarea prezentației pelvine.

Factorii care împiedică culbuta sunt:

- factori materni:
  - malformații uterine: hipoplazia uterină, uter cordiform;
  - tumori uterine sau anexiale;
  - multiparitatea;

Scanned with OKEN Scanner

♦ factori ovulari:

- placentă previa, cordon scurt, patologia L.A.;
- prematuritatea, exces de volum fetal, gemelaritatea;
- hidrocefalia.

Diagnostic clinic

Interogatoriul poate releva o naştere în pelvină în antecedente, sau o jenă în hipocondrul drept.

Inspecția arată un uter dezvoltat longitudinal. Uneori la primipare, uterul poate fi cilindric.

Palparea: la nivelul segmentului inferior se evidențiază o formațiune voluminoasă, depresibilă cu contur neregulat, iar la fundul uterului o formațiune dură, ovoidală, regulată, nedepresibilă (pol cefalic).

Ascultarea: BCF se aud paraombilical stâng sau drept.

Examenul local: EVD în timpul sarcinii arată un segment inferior format, prezentația greu de delimitat. La fundul uterului, capul fetal prezintă balotare. În timpul naşterii, se poate palpa creasta sacrată, pliul interfesier sau picioarele fătului.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- prezentația facială, unde reperul este mentonul;
- prezentația oblică dorso-anterioară cu prezența picioarelor în aria strâmtorii superioare;
- prezentația craniană cu procubitus sau procidență de membre inferioare;

Scanned with OKEN Scanner

- sarcina gemelară: palparea a doi poli de acelaşi fel;
- anencefalia.

Pentru precizarea diagnosticului un element util este echografia.

10.1. Mecanismul de naştere

Concepțiile clasice (Brindeau, Lantejoul) descriu trei mecanisme de naştere: a pelvisului, umerilor şi capului, fiecare din aceste naşteri având trei timpi. În principiu sunt 9 timpi, însă angajarea capului se face simultan cu degajarea umerilor, deci în realitate sunt 8 timpi.

Diametrul principal al prezentației este diametrul bitrohanterian (9,5 cm).

— Angajarea pelvisului este precedată de o acomodare la strâmtoarea superioară, care comportă o reducere prin tasare: diametrul sacro-tibial de 12 cm (pelvină completă), ajunge la 9 cm, sau diametrul sacro-pubian ajunge la 6,5 cm. Diametrul bitrohanterian se plasează în unul din diametrele oblice (frecvent drept). Pelvisul traversează strâmtoarea superioară în sinclitism sau asinclitism (fesa posterioară coborând prima).

— Coborârea pelvisului se face în diametru oblic de angajare.

— Degajarea pelvisului presupune o rotație anterioară (diametrul bitrohanterian se plasează în diametrul antero-pos-

Scanned with OKEN Scanner

terior al strâmtorii inferioare). Degajarea propriu-zisă se face în diametrul sacro-transvers, şoldul anterior degajându-se primul.

— Angajarea umerilor este precedată de o acomodare prin tasare la strâmtoarea superioară: reducerea diametrului biacromial, cât şi o rotație. Umerii se plasează în acelaşi diametru oblic ca pelvisul şi se angajează în asinclitism sau sinclitism.

— Coborârea umerilor se poate face fără rotație.

— Degajarea umerilor şi angajarea capului. Degajarea umerilor este precedată de rotația acestora: diametrul biacromial se plasează în diametrul antero-posterior al strâmtorii inferioare. Umărul anterior se va degaja primul. Angajarea capului este precedată de flexie şi rotație în diametrul oblic al strâmtorii superioare, perpendicular pe cel al umerilor.

— Coborârea capului se asociază cu o rotație anterioară intrapelvină. La exterior, această rotație se traduce prin rotația externă a umerilor, astfel că spatele fetal se orientează anterior.

— Degajarea capului: suboccipitul se fixează sub simfiză, având ca timp complementar accentuarea flexiei.

Concepțiile moderne diferă însă de cele clasice, în ceea ce priveşte naşterea umerilor şi a capului.

După Bracht, degajarea spontană a pelvisului este urmată de o inflexiune cu concavitatea în sus, care rulează pelvisul în jurul simfizei. Umerii se degajă spontan în diame-

Scanned with OKEN Scanner

trul transvers. Dacă pelvisul este susținut şi nu cade între coapsele femeii, rotația trunchiului fetal în jurul simfizei continuă şi capul ultim se degajă fără ajutor.

Vermelin şi Ribon consideră că naşterea pelvisului se face fără dificultate. Degajarea umerilor se face în diametru transvers, existând o solidaritate între umeri şi cap. Capul solidar umerilor trece prin strâmtoarea superioară în diametru oblic, antrenând umerii în rotația sa în O.P.

Anomalii ale mecanismului de naştere

- ridicarea brațelor fătului deasupra capului sau la ceafă. Capul, acum, are tendința de a se bloca între cele două mâini, iar coborârea nu se poate face decât după extragerea brațelor.
- distocii ale capului ultim la strâmtoarea superioară când din cauza unei îngustări pelvine necunoscute se poate produce acroşajul mentonului la simfiză. Alte cauze pot fi deflexia completă sau incompletă a capului.
- în excavație capul poate fi reținut de o distocie a strâmtorii mijlocii, un col insuficient dilatat sau o deflexie primitivă a capului.
- ruptura prematură a membranelor, travalii hipochinetice.

Deformații plastice

Deformații plastice ale capului sunt mai marcate în caz de oligoamnios sau uter malformat.

Scanned with OKEN Scanner

Deformările polului pelvin sunt determinate de atitudinea membrelor inferioare.

10.2. Factorii de risc în prezentația pelvină

Factori fetali

Prezentația pelvină reprezintă întotdeauna un factor de risc pentru făt, din mai multe considerente:

- fătul, progresând, se produce o refulare a sângelui spre cap, care poate explica unele complicații vasculare ale noului născut;
- compresia cordonului, mai ales în caz de cordon scurt;
- suferință fetală;
- prematuritatea;
- modul de prezentare: clasic, pelvină completă are un prognostic mai bun;
- atitudinea primitivă a capului fetal: deflexia primitivă a capului este un factor de prognostic rezervat;
- procidența de cordon, mai frecventă în pelvină completă.

Factori materni

- vârsta mamei, talia sub 1,55 m;
- primiparitatea, obezitatea;
- distociile patente ale bazinului osos.

Scanned with OKEN Scanner

10.3. Conduita în timpul sarcinii

Prezentația pelvină este o prezentație longitudinală, care nu necesită o atitudine specială în timpul sarcinii. Totuşi, se va fixa un diagnostic cât mai corect: de prezentație, poziție, viciații de bazin, boli asociate.

Radiopelvimetria sau echografia sunt obligatorii.

După fixarea diagnosticului, se pot lua în discuție două maniere care evită naşterea naturală în pelvină:

- modificarea prezentației se referă la versiunea externă care transformă prezentația pelvină în prezentație craniană. Această atitudine nu mai este acceptată astăzi, fiindcă de multe ori manevra nu este eficace fiind riscantă pentru mamă şi făt;
- evitarea naşterii naturale face apel la cezariana de principiu, care este recomandată de unele şcoli obstetricale (USA), după 36 săptămâni.

În afara acestor metode, a mai fost recomandată declanşarea naşterii premature, care de asemeni nu mai este de actualitate.

10.4. Conduita în perioada de dilatare a colului

În perioada de dilatare a colului, se vor supraveghea aceleaşi elemente ca şi în prezentația craniană: starea partu-

Scanned with OKEN Scanner

rientei, starea fătului şi progresul naşterii.

La intrarea în sala de naşteri, se va face un nou bilanț care va ține seama de: vârstă, antecedente medico-chirurgicale şi obstetricale, starea bazinului osos şi moale, aprecierea volumului fetal, modul de prezentație, date oferite de examenul echografic.

Naşterea în prezentație pelvină are loc în prezența neonatologului şi a medicului anestezist.

— Starea mamei se referă la supravegherea TA, puls, stare generală, comportamentul şi echilibrul psihic, combaterea durerii;

— Starea fătului se apreciază prin aceiaşi parametri ca şi la prezentația craniană: RCF, mişcări active fetale. În prezentația pelvină aspectul L.A. nu are nici o semnificație;

— Progresul naşterii va aprecia: dinamica uterină, dilatarea colului, starea membranelor şi mecanismul de naştere.

Dinamica uterină se va supraveghea foarte atent şi se va face corecția tulburărilor de kinetică cu toată gama de antispastice, anestezice sau perfuzie ocitocică. Dirijarea naşterii este deosebit de importantă în prezentația pelvină, deoarece cu cât durata acestei perioade este mai mare, cu atât creşte morbiditatea fetală. Referitor la perfuzia ocitocică, părerile sunt divergente: unii autori (Țovianov, Greenhill) nu indică o tratare specială a dinamicii uterine, motivând că pelvisul fetal ar avea timp pentru o acomodare cu regiunea cervico-segmentară, ceea ce ar fi favorabil mecanismului de

Scanned with OKEN Scanner

naştere.

Autorii moderni indică variat medicația în dirijarea travaliului; astfel, unii recomandă sistematic perfuzia ocitocică (Pigeaud, Dellenbach), alți autori numai în expulzie, sau numai pentru corecția hipochineziei (Lacomme, Le Lorier).

Şcoala ieşeană de obstetrică (V. Dobrovici), recomandă perfuzia ocitocică ori de câte ori este indicată (hipochinezie uterină), sau utilizarea sa la dilatație foarte mare şi în expulzie, pentru a se evita accidentele fetale pe cap ultim, aceasta fiind o condiție pentru o bună degajare pelvină, menținând solidaritatea capului şi a umerilor.

Dilatarea colului se supraveghează clinic prin EVV sau EVD (efectuat la un interval de 2 - 3 ore).

Dilatarea colului reprezintă un element cheie în evoluția naşterii, calitatea dilatației permițând formularea unui prognostic asupra naşterii.

Cu toate că în prezentația pelvină nu se poate discuta despre o probă de naştere (noțiunea fiind rezervată prezentației craniene), modul de angajare al pelvisului şi calitatea dilatației colului, sunt elemente care definesc „proba uterină" sau „proba colului".

O probă pozitivă presupune contracții uterine de calitate asociate cu o dilatare normală a colului şi o coborâre uşoară a prezentației în excavație. Această probă se va încerca numai în caz de viciație moderată a bazinului, mai ales când diametrele strâmtorii superioare nu sunt micşorate cu

mai mult de 1 cm, proba fiind contraindicată în bazinele cu diminuare simultană a diametrului antero-posterior şi transversal al strâmtorii superioare sau în bazinele în pâlnie.

Majoritatea autorilor proscriu dirijarea farmacodinamică a acestei probe, dilatația urmând să se desfăşoare spontan.

Proba este negativă, când pelvisul nu se angajează, dilatația este staționară, sau apar semne de suferință fetală.

Durata perioadei de dilatație este foarte importantă: cu cât aceasta va depăşi 12 ore, cu atât morbiditatea fetală creşte.

Starea membranelor

Spre deosebire de prezentația craniană, în prezentația pelvină membranele se rup artificial la dilatație completă. După ruperea membranelor, se impune un examen digital pentru verificarea prezentației şi stabilirea relațiilor cu strâmtoarea superioară.

Progresul naşterii se apreciază prin EVD, constatând angajarea, rotația internă şi coborârea parțială a pelvisului fetal. Aceste deziderate fiind îndeplinite (alături de o dilatație corespunzătoare), sunt îndeplinite condițiile unei probe de naştere pozitive, care autorizează naşterea naturală.

10.5. Asistența la naştere

Starea mamei se va continua monitorizarea clinică a parturientei: TA, puls, intensitatea durerii, comportament. Pentru combaterea durerii se pot continua o serie de metode

Scanned with OKEN Scanner

de analgezie din prima perioadă: anestezia peridurală, inhalatorie sau locală.

Starea fătului se apreciază prin supravegherea RCF.

Progresul naşterii cuprinde aceleaşi elemente ca şi la prezentația craniană: eforturile expulzive, modificările plastice ale perineului, mecanismul de naştere.

Asistența de naştere presupune: toaleta perineală, crearea unui câmp, pregătirea medicului (asistența la naştere în prezentația pelvină se va efectua numai de către medic), pregătirea instrumentarului:

- măsuța ajutătoare se aşează lateral de parturientă pentru a nu jena manevrele care se fac asupra fătului;
- trusă cordon, trusă perineu, seringă cu antispastice pentru cap ultim;
- forcepsul montat;
- pentru o bună priză asupra fătului se pot utiliza mănuşi de ață;
- montarea unei perfuzii ocitocice care previne pauzele contractile, nefavorabile expulziei;
- administrarea de oxigen mamei;
- perineotomia profilactică la degajarea feselor.

Asistența naşterii în prezentația pelvină presupune foarte multă răbdare din partea celui care asistă naşterea şi evitarea măsurilor intempestive.

Naşterea are loc în prezența neonatologului şi a medicului anestezist.

Scanned with OKEN Scanner

Asupra conduitei de urmat propriu-zise, sunt multe atitudini:

- naşterea spontană (grupa abstenționiştilor), unde fătul se naşte fără nici un ajutor, numai prin forțele expulzive ale mamei. Metoda este recomandată din 1947 de către Vermelin şi Ribon ca atare, sau modificată de Burns şi Marshall, care lasă fătul să atârne 2 - 3 minute pentru a angaja capul, apoi fac tracțiuni asupra picioarelor.

Această metodă respectă la maxim mecanismul de naştere.

- expulzia ajutată se referă la aplicarea metodelor Țovianov şi Bracht.

Această metodă se asociază cu anestezia locală perineală, epiziotomie sistematică, apăsarea transabdominală a capului, perfuzie ocitocică.

- mica extracție se deosebeşte de clasica „mică extracție" de salvare impusă de o cauză de urgență. Termenul mai exact este de „extracție pelvină parțială" (Greenhill) şi constă în degajarea spontană a pelvisului până la ombilic şi ajutor sistematic pentru naşterea umerilor şi a capului.
- marea extracție se poate utiliza sistematic, sau excepțional ca o necesitate;
- alți autori (Pigeaud) recomandă ventuza obstetricală pe fesa anterioară în pelvină decompletă.

Față de aceste multiple atitudini, practicianul are de ales pe cea mai puțin traumatizantă pentru mamă şi făt, cu

Scanned with OKEN Scanner

menţiunea că profesionalismul obstetricianului este mai important decât metoda aleasă.

Astăzi, majoritatea şcolilor obstetricale aplică o atitudine medie, de expulzie ajutată (Ţovianov, Bracht), sau ajutor manual pentru braţe şi cap ultim, care de fapt ajută evoluţia normală a naşterii.

Naşterea în prezentaţia pelvină se poate împărţi în trei perioade:

- naşterea până la unghiul inferior al omoplaţilor;
- naşterea braţelor;
- naşterea capului din urmă.

Naşterea până la unghiul inferior al omoplaţilor

Se va face spontan numai sub influenţa contracţiilor uterine. La degajarea fesei posterioare, se va efectua episiotomia.

În această perioadă, medicul va supraveghea mecanismul de naştere: rotaţia anterioară a spatelui fetal, atitudinea fiind de expectativă. Nu se va atinge fătul fiindcă prinderea acestuia cât şi modificările de temperatură, declanşează mişcări respiratorii şi inhalare de LA.

La apariţia inserţiei abdominale a cordonului, se tracţionează uşor de acesta (ansa de cordon). În caz de pelvină completă, se poate susţine fătul.

Naşterea braţelor şi a capului

După expulzia spontană a fătului până la unghiul inferior al omoplaţilor se va acorda un ajutor în evoluţia naşterii

Scanned with OKEN Scanner

prin manevra Bracht. Această tehnică a fost expusă de autor la Congresul Internațional de ginecologie de la Amsterdam în 1938. Principiul acestei tehnici este un nou mecanism de naştere, descris de Bracht, deosebit de cel clasic: trunchiul fetal se naşte cu spatele înainte incurbându-se în jurul simfizei materne, umerii se nasc în diametrul transvers al strâmtorii inferioare, iar capul se angajează şi se degajă în diametrul antero-posterior.

Metoda Bracht ajută acest mecanism de naştere.

Tehnică: în momentul apariției omoplaților, se apucă pelvisul cu ambele mâini, aplicând policele pe coapse şi celelalte degete pe sacru (coapsele fiind flectate pe abdomen) ceea ce desemnează priza Bracht, şi se pivotează fătul în jurul simfizei materne, în timp ce un ajutor apasă craniul transabdominal. Umerii şi brațele se degajă succesiv în diametrul transvers al strâmtorii inferioare, iar capul prin deflectare.

O variantă a acestei metode este metoda Neuveiller, unde tracțiunea asupra fătului se face de membrele inferioare. Şi în această metodă, se practică incurbarea fătului în jurul simfizei.

Metoda Țovianov (varianta Bracht) se bazează pe menținerea flexiei capului prin atela membrelor inferioare, fiind aplicată pelvinei decomplete.

După degajarea spontană până la vârful omoplaților, se mențin în atelă membrele inferioare fetale cu mâinile

Scanned with OKEN Scanner

aşezate în cerc în jurul pelvisului fetal, iar capul este degajat prin incurbarea fătului în jurul simfizei materne.

În caz că manevra Bracht nu reuşeşte (deflexiune primitivă a capului fetal, hipochinezie uterină, făt mare, pierderea flexiei corpului) şi expulzia se prelungeşte, se trece la degajarea pelvină clasică - degajarea umerilor şi degajarea capului prin manevra Moriceau-Smellie-Veit.

Degajarea umerilor prin **metoda Müller**: manevra degajă întâi umărul anterior. Se introduce mâna cu policele sprijinit în axilă şi se face flexia braţului, apăsând în plica cotului cu indexul şi mediusul. Apoi se cuprinde fătul cu ambele mâini de regiunea toracică (se cuprinde şi braţul extras) şi se roteză cu 180° în planul lui ventral, transformând umărul posterior în anterior. Braţul posterior se degajă spontan, sau este extras ca mai sus.

Metoda Pajot degajă întâi umărul posterior, introducând mână în concavitatea sacrată. Apoi se roteză fătul cu 180°, transformând braţul anterior în posterior, care se degajă la fel.

Metoda Löveset: după degajarea spontană până la vârful omoplaţilor, se apucă fătul cu ambele mâini (degetele pe coapse şi policele de sacru) şi se tracţionează în jos rotind fătul în sensul lui ventral, umărul posterior devenind lateral apoi anterior şi degajarea se produce spontan. Pentru celălalt braţ, se roteză din nou fătul în sens opus până ce umărul posterior ajunge anterior şi se degajă spontan.

Scanned with OKEN Scanner

Degajarea capului prin **metoda Moriceau**. Această metodă va reproduce mecanismul de naştere: orientare, flexie, coborâre, rotație, degajare.

Tehnică: se aşează fătul călare pe antebraţul operatorului, care introduce unul sau două degete la baza limbii, practicându-se o presiune pentru flexia capului. Cealaltă mână se aşează pe gâtul fetal, cu indexul şi mediusul în cârlig, cu vârful degetelor în fosele supraclaviculare. Manevra se execută astfel: se face flexia şi orientarea capului în diametru oblic, rotația anterioară, angajarea şi coborârea capului, iar când occiputul a ajuns la simfiză, se ridică fătul pe antebraț, orizontal şi în sus, degajând capul.

Variante:

- metoda WIEGAUD-MARTIN: tracțiunea nu se mai face de gâtul fetal, ci se apasă suprasimfizar în timp ce mâna vaginală tracționează craniul;
- metoda KIWISCH (manevra de la Praga), face tracțiuni asupra fătului prins de ambele gambe cu o mână, iar cu cealaltă în cârlig cu sprijin în fosele supraclaviculare.

10.6. Atitudinea în perioada de delivrare

Nu diferă de atitudinea din prezentația craniană. Se vor supraveghea:

Scanned with OKEN Scanner

- starea parturientei: TA, puls, prezența hemoragiei (care impune extracție manuală a placentei);
- starea noului-născut: se vor urmări aceiaşi parametri ca şi la prezentația craniană;
- progresul naşterii: expulzia placentei.

Dirijarea medicamentoasă a perioadei a III-a se referă la menținerea perfuziei ocitocice, sau administrarea unui uterotonic după degajarea capului (cu toate că metoda este contestată fiindcă generează retenții placentare).

10.7. Considerații de principiu asupra naşterii în prezentația pelvină

În afara operației cezariene, care se practică de principiu de unele şcoli obstetricale, sunt situații când practicianul este obligat să asiste naşterea pe căi naturale, ceea ce presupune o cunoaştere precisă a mecanismului de naştere şi a unor manevre obstetricale.

O consecință a tendinței actuale de a rezolva naşterea în pelvină prin operație cezariană este lipsa de experiență a tinerilor specialişti, care de multe ori sunt timorați de asistența pe căi naturale a unei prezentații pelvine. Aceasta presupune însă o cunoaştere riguroasă a noțiunilor teoretice, cât şi exersarea diverselor metode pe manechin.

În ultimă instanță, nu contează atât denumirile proprii

Scanned with OKEN Scanner

ale diverselor tehnici, cât capacitatea de a rezolva toate problemele ridicate de naşterea în prezentația pelvină.

Unele manevre sunt anacronice, având doar interes istoric. De aceea, se impun câteva reguli:

- tracțiunea pe făt se face numai de părțile lui osoase (gambe, coapse, pelvis), în axul bazinului (în jos);
- rotația se face în axul bazinului, aducând spatele fetal anterior excavației sacrate, care oferă mai mult spațiu;
- dacă brațul anterior are tendința de a se degaja, această va fi coborât primul;
- forcepsul pe cap ultim, este în principiu mai puțin traumatizat decât unele manevre;
- marea extracție este de principiu proscrisă fiind înlocuită cu operația cezariană (o indicație care se păstrează este al doilea făt în gemelară).

Conduita în naşterea distocică

Uneori, după un debut favorabil, apar anomalii şi dificultăți în perioada de dilatare sau în expulzie.

Distocii în perioada de dilatație apar ca tulburări de dinamică primitive sau secundare după ruperea membranelor. Aceasta determină o progresie lentă a prezentației sau stagnarea dilatației cu edem de col. Se va reevalua cazul, şi după o scurtă probă a colului, se indică operația cezariană.

- prolabarea de cordon este o complicație care dă mortalitate fetală în 20 - 30%. Conduita depinde de trei factori: stadiul dilatației, situația pelvisului, paritate. Înainte de dila-

Scanned with OKEN Scanner

tație completă, se practică cezariana, iar la dilatație completă se poate practica marea extracție.

- hiperextensia capului indică cezariană.

Distocii în perioada de expulzie

- ridicarea brațelor: se face întâi degajarea brațului posterior, apoi rotația fătului şi degajarea celuilalt braț;
- blocarea capului ultim: după epuizarea manevrelor de degajare, se aplică forceps.

10.8. Operația cezariană în prezentația pelvină

Unele şcoli obstetricale consideră prezentația pelvină ca o prezentație distocică şi practică de principiu operația cezariană (Wright). Această atitudine este însă excesivă.

Indicațiile absolute a operației cezariene:

- distocia de bazin, placentă previa, făt mare la primipare;
- primipară peste 35 ani;
- uter cicatricial, procidență de cordon pulsatil;
- sarcina prelungită, izoimunizarea Rh.

Indicațiile relative sunt cele care asociate, echivalează cu o indicație absolută:

- făt mare la primipare, membrane rupte prematur asociat cu o prelungire a perioadei de dilatație;

Scanned with OKEN Scanner

- sarcină obținută după tratament pentru sterilitate, obezitatea.

10.9. Prognostic

Matern este bun, dar pot apare unele complicații: rupturi de părți moi, complicații septice.

Fetal: mortalitatea şi morbiditatea fetală sunt mai ridicate ca în prezentația craniană şi au două cauze principale: anoxia şi traumatismul fetal. Aceste cauze antrenează mai multe tipuri de leziuni:

- vasculare: hemoragii cerebrale;
- medulare provocate de manevre brutale (elongații, rupturi meningeale);
- viscerale interesând ficatul, splina, rinichii;

Unele manevre (Moriceau), incorect executate, pot determina paralizie tip Duchesne-Erb de tip superior (C_5 - C_6). Mai rar, paralizia interesează muşchii radiali şi extensori (C_7) sau muşchii mâinii (tip inferior C_8 - D_1). Evoluția lor este incertă şi depinde de mecanismul de producere: hematom sau leziune nervoasă directă.

- osoase:
  - fracturi de claviculă, humerus;
  - luxația umărului, decolări epifizare, luxație de femur.

Prognosticul fetal este influențat de patru elemente:

- timpul scurs de la ruperea membranelor;
- durata dilatației;

- durata expulziei;
- modalitatea de terminare a naşterii.

Prognosticul îndepărtat al noului născut este bun cu toate că morbiditatea neurologică şi psihică este mai ridicată.

10.10. Marea şi mica extracție

Marea extracție

Definiție. Marea extracție este intervenția obstetricală prin care se extrag succesiv pelvisul, trunchiul, umerii şi capul fetal, pelvisul fiind la strâmtoarea superioară mobil sau cel mult fixat, în situația în care naşterea trebuie rapid terminată, sau ca ultim timp al versiunii interne.

Principiu. Marea extracție execută artificial mecanismul de naştere, executând tracțiune pe unul sau ambele picioare.

Fiziopatologie - vezi versiunea internă.

Date anatomice, asupra bazinului osos, moale şi a mobilului fetal (vezi bazinul osos şi moale).

Indicații. Singura indicație acceptată azi este cel de-al doilea făt din sarcina gemelară, cu sau fără versiune prealabilă.

Alte indicații care nu mai sunt de actualitate se referau la:

- profilaxia efortului expulziv în caz de boli cardiace,

Scanned with OKEN Scanner

TBC, diabet zaharat etc.;

- embolie, eclamsie, şoc matern;
- procidență de cordon, suferință fetală.

Alte indicații sunt înlocuite azi de operația cezariană.

Condiții

- făt viu, viabil, de volum mediu sau mai mic;
- canal dur şi moale normal;
- anestezie profundă.

Contraindicațiile rezultă din nerespectarea condițiilor, la care se adaugă:

- uterul cicatricial, primipare în vârstă;
- deflexiunea primitivă a capului fetal.

Pregătirea preoperatorie - idem ca la versiunea internă.

Anestezia: generală, profundă.

Verificarea diagnosticului, a permeabilității canalului pelvi-genital, ascultația BCF.

Tehnica cuprinde trei timpi: extracția pelvisului, a umerilor şi a capului.

— Extracția pelvisului: prinderea şi apucarea piciorului: mâna introdusă este omonimă spatelui fetal, cealaltă mână fixând fundul uterului; prinderea piciorului bun (vezi diagnosticul de picior şi de picior bun de la versiune internă). Dacă se extrage piciorul posterior, fie se face o tracțiune cât mai posterioară, sau se rotează fătul cu 180° pentru a evita blocarea şoldului anterior la simfiză.

Scanned with OKEN Scanner

Piciorul extras este utilizat drept tractor.

În continuare tehnica este aceeaşi ca la versiunea internă.

Îngrijiri ale noului născut

Delivrare manuală, controlul cavității uterine şi a părților moi, epiziorafie.

Dificultăți de tehnică: ridicarea brațelor, blocarea capului - vezi prezentația pelvină.

Complicații, prognostic - vezi prezentația pelvină.

Mica extracție

Este operația obstetricală manuală, prin care se extrage fătul în prezentație pelvină, pelvisul fiind parțial coborât sau parțial degajat.

Principiu. Intervenția imită mecanismul de naştere al umerilor şi a capului ultim.

Fiziopatologie, date anatomice - vezi versiunea internă.

Indicații: expulzia lentă cu oprirea progresiei sau tendința spatelui fetal de a rota posterior.

Condiții, contraindicații - vezi marea extracție.

Pregătirea preoperatorie

Verificarea prezentației, canalului genital, BCF.

Tehnică: în pelvină decompletă, priza se face pe regiunea inghinală, sau tracțiunea de un picior în pelvină completă.

Scanned with OKEN Scanner

În pelvină decompletă: se introduce mâna corespunzătoare coapsei anterioare, se agață plica inghinală cu indexul în croşet şi se tracționează în jos. Cu mâna cealaltă se ajută tracțiunea prinzând de la articulația pumnului mâna tractor. După ce coapsa anterioară a ajuns sub simfiză, se schimbă tracțiunea în sus, până la degajarea coapsei posterioare, care poate fi ajutată prin aceeaşi manevră.

În pelvină completă: se introduce mâna corespunzătoare coapsei anterioare în excavație şi se apucă piciorul anterior tracționând în jos până la degajarea coapsei şi fesei anterioare, apoi se schimbă tracțiunea în sus pentru degajarea coapsei şi fesei posterioare.

În varietatea decompletă, dacă manevra este dificilă, se recomandă împingerea în sus a pelvisului fetal, apoi se apucă un picior de care se face tracțiunea. Urmează manevrele pentru umăr şi cap.

Dificultățile de tehnică, îngrijiri postoperatorii, complicațiile şi prognosticul sunt aceleaşi ca pentru prezentația pelvină.

Aplicația de forceps pe cap ultim

Se poate utiliza un forceps cu brațe paralele. Lingurile se plasează de o parte şi alta a capului fetal, ridicând de membrele inferioare fătul în sus, care se menține aşa pe tot timpul manevrei (lingurile se plasează pe sub făt). Tracțiunea se face inițial în jos, apoi în sus până la degajarea capului.

Scanned with OKEN Scanner

11. EXAMENUL CLINIC OBSTETRICAL

Examenul clinic al unei gravide la termen face apel la elementele clasice de examinare, dintre care o deosebită semnificație o are palparea obstetricală.

Inspecția

- la față este uneori o pigmentare caracteristică: cloasma gravidică;
- sâni: măriți de volum, hiperpigmentarea areolei primare, apariția areolei secundare, tuberculii lui Montgomery (glande sebacee hipertrofiate), rețeaua vasculară Haller (dilatarea venelor subcutanate). Se va consemna configurația mamelonului (mameloane ombilicate oferind un prognostic rezervat de alăptare);
- abdomen: este mărit de volum în sens longitudinal, ocupat de o formațiune tumorală regulată (uter gravid). Hiperpigmentarea liniei mediane, deplisarea cicatricei ombilicale. Uneori, se pot constata pe flancuri prezența vergeturilor. O inspecție atentă a abdomenului poate surprinde mișcările fetale.
  - membrele inferioare: se poate constata prezența edemelor, varice etc.

Inspecția va fi cât mai completă, cuprinzând tot corpul gravidei. Această metodă ne poate ajuta să precizăm o serie de afecțiuni asociate sarcinii.

Scanned with OKEN Scanner

Palparea obstetricală este o metodă deosebit de valoroasă în practică, care dacă este executată corect permite obținerea unor date în legătură cu vârsta sarcinii, numărul fetilor, prezentația, poziția, date asupra cantității de LA.

Palparea se poate efectua după două tehnici: Pinard şi Leopold.

— Tehnica Pinard. Pinard este fondatorul tehnicii de palpare abdominală în obstetrică, stabilind următorii timpi:

1) palparea polului de la nivelul strâmtorii superioare cu mâinile plasate de o parte şi de alta a liniei mediane, deprimând progresiv peretele abdominal în regiunea segmentului inferior pentru a evidenția un pol fetal.

În prezentările longitudinale se stabileşte şi tipul de prezentație:

- craniană: formațiune dură, rotundă, nereductibilă, cu contur regulat, deasupra căreia se percepe depresiunea cervicală;
- pelvină: formațiune neregulată, mai puțin dură, reductibilă.

Tehnica stabileşte de asemeni raportul prezentației cu strâmtoarea superioară: mobilă aplicată, angajată, coborâtă.

Dacă peretele abdominal este subțire şi segmentul inferior bine format, se poate stabili topografia occiputului şi a frunții în raport cu linia mediană, în prezentația craniană flectată proeminența frunții apare mai sus ca cea a occiputului.

Scanned with OKEN Scanner

2) palparea planului dorsal: se face în unul din flancuri, pornind de la occiput, mai facil în varietățile anterioare. Dacă palparea este incertă, se poate aplica o presiune la fundul uterului, ceea ce accentuează curbura dorsală (manevra Budin). Astfel, se percepe un plan dur, regulat, convex, nedepresibil, care unește cei doi poli.

Opus acestui plan, se pot simți părți mici fetale (membre).

3) palparea depresiunii cervicale: aceasta este mult mai evidentă în prezentațiile deflectate. Deasupra depresiunii cervicale se află proeminența umărului, alcătuind cu aceasta un unghi care în prezentațiile deflectate este mai evident și ascuțit.

Raportul dintre proeminența umărului și marginea superioară a simfizei, permite stabilirea diagnosticului clinic de angajare (o distanță mai mare de 7 cm arată lipsa angajării).

— Tehnica Leopold, are 5 timpi:

1) Acomodarea gravidei cu mâna examinatoare (palparea superficială).

2) Delimitarea fundului uterin: mâna așezată transversal pe abdomenul mamei, cu marginea cubitală va deprima peretele abdominal până la delimitarea fundului uterin.

3) Examinarea segmentului inferior se face cu ambele mâni (cu marginile cubitale paralele cu pliurile inghinale), căutând să delimiteze un pot fetal. Acest timp se poate efectua și cu o

Scanned with OKEN Scanner

singură mână, căutând să prindem prezentaţia între police şi celelalte degete.

4) Palparea fundului uterin, cu două mâini, pentru a evidenţia polul pelvin.

5) Palparea flancurilor uterului, se face fie cu ambele mâini de aceeaşi parte, fie fixând cu o mână una din părţi şi palpând cu cealaltă de partea opusă. Acest timp permite stabilirea orientării spatelui fetal.

Palparea obstetricală furnizează date şi asupra calităţii muşchiului uterin, modificări de formă a uterului, cantitatea de LA.

Examinarea obstetricală a abdomenului va cuprinde şi măsurarea IFU: cu picioarele uşor flectate, se măsoară de la marginea superioară a simfizei până la fundul uterin (la termen IFU = 32 - 34 cm).

Percuţia nu se utilizează în obstetrică.

Ascultaţia se execută cu ajutorul stetoscopului obstetrical şi dă relaţii asupra stării fătului. Stetoscopul se va aplica perpendicular pe abdomen, se apasă moderat şi se examinează concomitent cu pulsul matern.

Această explorare oferă informaţii asupra viabilităţii fetale cât şi asupra orientării sale în cavitatea uterină (precizează poziţia dreaptă sau stângă a prezentaţiei). BCF se vor asculta cu maxim de intensitate la jumătatea liniei spinoombilicale drepte sau stângi.

Examenul vaginal cuprinde două manevre:

Scanned with OKEN Scanner

Examenul cu valve - inspecția regiunii vulvare: mucoasa vulvo-vaginală este ușor edematiată, de colorație albăstruie, cu un grad de inbibiție seroasă și o rețea venoasă mai accentuată.

Pereții vaginali sunt edematiați, ușor infiltrați. Colul poate fi lung, cu orificiul extern închis sau întredeschis (la multipare).

Se vor nota toate anomaliile sau malformațiile vaginale, caracterele conținutului vaginal etc.

Examenul vaginal digital combinat cu palparea abdominală, reprezintă de fapt o palpare abdominală. Acest examen se efectuează după riguroase măsuri de asepsie și antisepsie, și oferă date asupra:

- permeabilității și supleții vaginului;
- stării colului: se va aprecia direcția, mărimea, starea orificiilor iar în travaliu ștergerea și dilatarea acestuia, gradul de înmuiere a acestuia, suplețea sa și starea membranelor;
- segmentul inferior și corpul uterin: se apreciază formarea și grosimea segmentului, conținutul său;
- explorarea părților moi și a bazinului osos: se va cerceta starea bazinului moale și se va efectua pelvimetria internă;
- explorarea fătului: aprecierea prezentației, poziției și varietății de poziție. Dacă colul este dilatat (5 - 6 cm), se pot obține date asupra gradului de flexie, sinclitism, mecanism de naștere.

Scanned with OKEN Scanner

12. COMPLICAȚIILE NAȘTERII

Abordarea acestui capitol este dificilă datorită multitudinii de situații patologice care pot acompania actul nașterii.

De aceea o parte a patologiei nașterii va fi tratată sumar, această regăsindu-se în lucrările de specialitate.

Considerăm însă că tratarea exhaustivă poate fi înlocuită cu o abordare țintită a unor complicații, de un real folos fiind cuantificarea acestora, la care orice medic poate face apel.

Înainte de a trata unele complicații ale nașterii, este necesar a se reaminti unele din modificările fiziologice ale aparatului cardiovascular și ale coagulării din timpul sarcinii normale, acestea având implicații în unele din complicațiile nașterii (șoc postural, șoc hemoragic etc.).

12.1 Modificări fiziologice ale aparatului cardio-vascular

Debitul cardiac. În repaus, la gravida în decubit lateral stâng, DC crește din primele 10 săptămâni de sarcină cu 1,5 l/min., față de DC dinainte de sarcină iar această valoare ajunge la 6 l/min. în trimestrul III.

Valoarea DC este în funcție de poziția gravidei: în

Scanned with OKEN Scanner

decubit dorsal apare o diminuare datorită compresiei VCI.

Mecanismele creşterii DC în cursul sarcinii se datoresc nevoilor crescute în O_2 şi material nutritiv pentru dezvoltarea fătului şi a anexelor, stării de anemie cât şi datorită prezenței şunturilor arterio-venoase placentare.

În timpul naşterii şi în lehuzia imediată, DC rămâne crescut. Astfel, DC este la începutul naşterii între contracții, cu 15% mai mare ca cel dinaintea travaliului. La sfârşitul perioadei de dilatație, DC este mai mare cu 30%, ajungând la 40% în timpul expulziei, după care creşterea este cu 30 - 35% față de debutul naşterii.

Diversele măsurători ale DC, efectuate în decubit dorsal şi lateral, au arătat superioritatea decubitului lateral stâng care oferă o activitate cardiacă mai regulată şi mai constantă.

Modificările cardiovasculare din timpul naşterii pot fi explicate prin:

- durerea contracțiilor uterine determină o creştere a frecvenței cardiace;
- la debutul unei contracții uterine, de la nivelul miometrului se eliberează rapid 250 - 300 ml sânge în circulație, ceea ce creşte volumul sângelui circulant;
- în timpul contracției, uterul luând contact cu fața anterioară a coloanei, eliberează parțial compresiunea asupra VCI, ceea ce contribuie la creşterea volumului sistolic;
- după delivrare, DC creşte semnificativ datorită unei

Scanned with OKEN Scanner

cantități suplimentare de sânge aruncată în circulație cât și eliberării compresiei VCI.

Presiunea arterială: diminuă moderat în primele două trimestre (cu 5 - 10 mm) apoi în trimestrul III se revine la valorile inițiale.

Presiunea venoasă. La nivelul membrelor superioare, presiunea venoasă este nemodificată, în schimb la membrele inferioare ea crește progresiv, datorită compresiunii VCI și a venelor pelvine de către uterul gravid.

PVC este în schimb stabilă, fiind un excelent parametru de supraveghere a unei stări de șoc.

Vascularizația periferică crește progresiv la sarcină, mai ales la mâini, picioare, tegumente. Temperatura cutanată crește cu 1,5°C.

Față de starea de negraviditate, când răspunsul la o stare de stress este vasoconstricția, în sarcină apare o vasodilatație, probabil datorită impregnării estrogenice care deprimă activitatea simpaticului.

Volumul sanghin circulant crește de la 10 săpt. de sarcină cu aproximativ 1250 ml, creșterea nefiind egală pentru volumul plasmatic și cel globular (crește mai mult volumul plasmatic ceea ce induce o stare de „anemie", hematocritul ajungând la 30 - 33%.

Scanned with OKEN Scanner

12.2. Modificările fiziologice ale coagulării din timpul sarcinii

În timpul sarcinii şi mai ales la sfârşitul acesteia, se produce o creştere progresivă a concentrației diverşilor factori ai coagulării. Astfel, cresc fibrinogenul, factorul VII (proconvertina), X (factorul Stuart), IX (factor antihemofilic B) şi XII (factor Hageman) şi scade antitrombina III, factorul XIII (de stabilizare a fibrinei).

Activitatea fibrinolitică diminuă ca efect al acțiunii estrogenilor şi progesteronului asupra sintezei de activatori, revenind la normal în 15 minute după delivrare.

COMPLICAȚIILE NAŞTERII

Redarea complicațiilor naşterii presupune urmărirea celor trei perioade (dilatare, expulzie, delivrare) şi a elementelor care trebuiesc supravegheate în fiecare perioadă: starea parturientei, starea fătului şi progresul naşterii.

Perioada I-a a naşterii

Starea parturientei - şocul prin diminuarea volumului sanghin circulant.

Scanned with OKEN Scanner

12.3. Şocul postural

Acest sindrom poate apare în ultimul trimestru de sarcină, dacă gravida este plasată în decubit dorsal pe un plan dur (masă consultație, masă ginecologică, masă de operație).

Şocul postural este favorizat de anestezia loco-regională.

După câteva minute de decubit dorsal, apare o lipotimie, paloare, extremități reci, grețuri, vărsături, hipotensiune, tahicardie. Perioada de apariție a acestor simptome, este variabilă cu fiecare parturientă.

Dacă hipotensiunea se prelungeşte aceasta poate induce o suferință fetală prin scăderea perfuziei utero-placentare.

Mecanismul de producere al şocului postural este reprezentat de compresia VCI de către uterul gravid, şi a fost explicat de Birdgen şi Howard.

Decubitul dorsal determină o creştere a presiunii venoase femurale la 7,5 cm H_2O, revenind la normal dacă parturienta este aşezată în decubit lateral stâng.

Decubitul dorsal determină compresia venei cave, iar circulația de retur se poate face doar prin venele lombare, însă această rețea de supleere (care este dezvoltată inegal), poate fi comprimată de uterul gravid. Astfel, în aceste cazuri în care circulația de supleere este inegal (insuficient) dezvoltată, apare o sechestrare a unui volum sanghin în

teritoriu inferior şi apariţia de semne de hipovolemie.

Şocul postural va fi prevenit în special în timpul naşterii, fiindcă sub efectul contracţiilor uterine, uterul contractat poate comprima aorta şi arterele iliace (efect Poseiro), efect care este agravat de anestezia generală sau loco-regională. De aceea, orice parturientă va fi aşezată în decubit lateral stâng, poziţie care este recomandată şi în timpul operaţiei cezariene. Dacă pentru mamă şocul postural este benign, pentru făt poate fi extrem de dăunător, mai ales când postura se prelungeşte, putând da o decolare placentară sau o suferinţă fetală prin scăderea circulaţiei utero-placentare.

12.4. Şocul anafilactic

Poate complica evoluţia unei naşteri în condiţiile în care nu se face testarea prealabilă a sensibilităţii la diverse droguri: soluţii anestezice locale, oxitocin, sau când anamneza nu este suficient de minuţioasă pentru a descoperi eventualele stări alergice la alte droguri sau substanţe.

Situaţia poate deveni realmente dramatică (insuficienţă respiratorie cu edem glotic), colaps şi impune în câteva minute o reanimare cardio-vasculară şi respiratorie, asociat cu administrarea de doze mari de cortizon, calciu etc.

Scanned with OKEN Scanner

12.5. Reacții comportamentale patologice în timpul nașterii

Uneori, frecvent la primipare în perioada de dilatație, pot apare unele reacții comportamentale considerate patologice. Aceste reacții apar la gravidele cu o condiție socială medie sau joasă, nepregătite psihic pentru actul nașterii și constau în agitație extremă, exacerbarea senzației dureroase, refuzul sistematic de a fi examinate sau de a primi o anumită medicație, sau fixația pentru o anumită patologie.

Cu aceste gravide este extrem de greu de cooperat, iar psihoprofilaxia nu-și face efectul. De regulă, în aceste cazuri se preferă efectuarea operației cezariene.

O altă categorie de reacții comportamentale patologice, pot apare după administrarea unor droguri antalgice sau sedative, utilizate curent în prima perioadă a nașterii (Mialgin, Diazepam). Acestea pot induce excitație, halucinații, deprimare respiratorie, dezorientare, mai ales când efectul lor potențează alte droguri (neuroleptice, hipnotice, analgetice).

Aceste manifestări patologice psihice, de multe ori nu pot fi prevăzute ci doar intuite, ceea ce comportă însă o anamneză minuțioasă și un comportament calm al personalului de la sala de naștere.

Scanned with OKEN Scanner

12.6. Suferința fetală, tulburări de dilatație și de dinamică, ruperea prematură a membranelor

Starea fătului

În prima perioadă a nașterii, poate apare o suferință fetală acută, care poate conduce la moartea fătului în uter. Această patologie are o etiologie multiplă, însă importantă este diagnosticarea unei asemenea stări: modificări ale BCF (bradicardie), LA verde sau modificări ale RCF.

Aceste situații impun extragerea rapidă a fătului, de obicei prin operație cezariană.

Progresul nașterii

Fenomene mai importante:

Dinamica uterină poate fi perturbată prin diverse mecanisme, reacția mușchiului uterin fiind fie hipotonia cu hipochinezie, corijată cu perfuzia ocitocică, fie hipertonie și hiperchinezie care impun o terapie antispastică.

Starea de hipertonie poate evidenția o DPNI, când se asociază scurgeri vaginale cu sânge negru și suferința sau moartea fătului.

Scanned with OKEN Scanner

În perioada de dilatare a colului, poate surveni o iminență de ruptură uterină care netratată evoluează spre ruptura uterului (pe uter intact sau pe uter cicatricial).

Dilatația colului se poate complica cu o distocie de col (oprirea secundară a dilatației) și apariția unui edem inițial alb apoi cianotic. Această complicație este frecvent datorată unei disproporții cefalo-pelvine, care necesită rezolvarea nașterii pe cale înaltă.

Formarea și ruperea pungii amniotice se poate complica cu ruptură prematură a membranelor (înainte de declanșarea nașterii), care presupune un risc septic ridicat, sau ruptură precoce a membranelor (înainte de dilatația optimă), care, cu toate că nu pune probleme infecțioase, poate genera tulburări de dinamică sau ale mecanismului de naștere.

Ruptura membranelor se poate complica cu procidență de cordon și suferință fetală, sau chiar moartea fătului, dacă nu se efectuează de urgență operația cezariană.

O altă complicație care poate apare după ruperea membranelor este embolia amniotică, care asociază un sindrom cardio-respirator, semne neurologice și hemoragice prin afibrinogenemie, care impun protezare respiratorie, corticoizi, tratamentul coagulopatiei.

Mecanismul de naștere poate deveni staționar (neangajarea capului fetal), ceea ce desemnează o probă de naștere negativă care impune rezolvare înaltă a nașterii.

Mecanismul de naștere poate fi perturbat și prin exis-

Scanned with OKEN Scanner

tența unor prezentații distocice: deflectate, făt mare, malformații fetale, sau prin viciații minore ale bazinului, care nu au putut să fie decelate clinic.

Perioada a II-a a nașterii

Perioada de expulzie a placentei se poate complica cu hemoragie cauzată de inerția uterină sau retenție placentară, care impune extracția manuală a placentei și controlul cavității uterine asociat măsurilor de reanimare. O eventualitate rară, însă extrem de gravă, este inversiunea uterină care asociază o stare de șoc și o hemoragie moderată. Această stare necesită reducerea de urgență a uterului, pe cale vaginală, sub anestezie generală și administrarea de ocitocice.

12.7. Hematomul genital

O altă complicație a perioadei a II-a a nașterii este reprezentată de hematomul genital, care reprezintă o colecție sanghină cu sediul în țesutul celular al vulvei, vaginului sau parametrului și având tendința la difuziune.

Hematoamele genitale pot fi vulvare, vaginale sau pelvine. Față de cele vulvare și vaginale (joase), cele înalte (pelvine) sunt grave, fiind urmarea unei leziuni traumatice a colului, segmentului inferior sau a unui fund de sac vaginal.

— Hematoamele vulvo-vaginale: sunt rare, cauza predispozantă fiind primiparitatea, făt mare, sarcină gemelară,

Scanned with OKEN Scanner

naşterea precipitată. Cauza imediată este ruptura vasculară (frecvent capilară), favorizată de hipervascularizația gravidică şi provocată de glisarea țesuturilor îmbibate gravidic. Decolarea realizează o cavitate în țesutul celular perivaginal sau vulvar, care după naştere va genera hematomul.

Apariția hematomului este imprevizibilă, iar volumul său variabil.

Evoluția este marcată de o regresie lentă, iar complicațiile sunt reprezentate de fisurare sau infecție.

— Hematoamele pelvine se dezvoltă în parametre, uneori putând fuza către fosa iliacă şi loja perirenală. În această formă apar semne de anemie acută, tahicardie, hipotensiune. Hematomul genital pelvin beneficiază de tratament chirurgical (histerectomie).

Parcurgerea succintă a unora din complicațiile naşterii se doreşte a fi un ghid pentru medicul practician, multe din entitățile descrise fiind regăsite pe larg în lucrări de specialitate.

Pentru completarea acestor date se vor face câteva referiri asupra **şocului în obstetrică.**

Acesta este definit de Bonnar ca „un tablou clinic caracterizat prin simptome care apar dacă debitul cardiac nu poate iriga sistemul arterial cu o presiune suficientă, ceea ce antrenează o perfuzie insuficientă a organelor şi țesuturilor cu sânge oxigenat".

Scanned with OKEN Scanner

12.8. Şocul hemoragic

I. **Şocul hemoragic** poate complica orice perioadă a naşterii. De obicei şocul hemoragic provine din aria de inserție placentară sau de la o leziune traumatică: ruptură uterină, rupturi de părți moi etc.

Placenta previa este etiologia cea mai frecventă a şocului hemoragic. Examenul clinic şi echografic permit diagnosticul de placentă previa.

Hemoragia reprezintă un risc matern important însă şi repercusiunile asupra fătului sunt deosebite: anemie, anoxie, prematuritate.

D.P.N.I. (decolarea de placentă normal inserată) este o entitate mai gravă, fiindcă la hemoragie se adaugă uneori tulburări de coagulare (10%). Asocierea în 20% cazuri cu inerția uterină rezistentă la terapia ocitocică, complică şocul hemoragic. Hipotonia uterină este determinată de creşterea nivelului produşilor de degradare a fibrinei şi eliberării de tromboplastină.

Semnele clinice grupează: hemoragie genitală, hipertonie uterină, dureri abdominale asociate unei suferințe fetale. Semnul major este hipertonia uterină necorectată medicamentos. Fixarea diagnosticului impune un bilanț riguros al coagulării (la 2 ore), cât şi supravegherea diurezei orare.

Dacă fătul este viu, se va evacua prin operație cezariană, sau pe cale naturală. Dacă fătul este mort, se dirijează

Scanned with OKEN Scanner

naşterea pe căi naturale. După naştere, se va efectua un control riguros al cavităţii uterine (unii autori recomandă spălarea cavităţii uterine cu 1 milion unităţi Iniprol în 1000 ml ser glucozat). Este obligator asocierea sângelui proaspăt, fibrinogen, antienzime, diuretice.

Complicaţii traumatice ale naşterii care pot genera şoc hemoragic sunt ruptura uterină şi rupturile colului.

Ruptura uterină a devenit rară, fiind spontane pe uter cicatricial, mari multipare, manevre obstetricale.

Înainte de naştere, scena clinică este dominată de o durere abdominală, stare de şoc hemoragic intern (hemoragia vaginală este inconstantă).

După naştere pe primul plan se situează hemoragia externă. Conduita constă în laparatomie care asigură hemostaza printr-o intervenţie conservatoare sau radicală.

Rupturile cervicale pot fi spontane sau provocate de o naştere dificilă. De cele mai multe ori ele sunt localizate în regiunea intravaginală a colului, dar se pot prelungi şi spre istmul uterin, când se impune laparatomia.

Complicaţiile delivrării pot genera şoc hemoragic în caz de retenţie placentară, hipotonie uterină, inversiune uterină sau embolie amniotică.

12.9. Embolia amniotică

Este un accident rar (1:30000 naşteri), care poate apare în ultima perioadă a dilataţiei sau la delivrare şi constă

Scanned with OKEN Scanner

în pătrunderea de LA în circulația maternă. Afecțiunea a fost descrisă prima dată de Meyer în 1926. Embolia amniotică (EA) este un accident grav, responsabil de 10 - 20% din decesele materne (este mortală în 70 - 80% cazuri).

Decesul apare de obicei în faza primară (respiratorie şi neurologică), iar dacă parturienta supraviețuieşte, faza secundară se caracterizează prin tulburări de coagulare care pot apare după un interval de 30 minute.

Dacă coagulopatia este corijată, prognosticul este în funcție de leziunile cardio-pulmonare şi renale consecutive şocului.

Etiologie:

- parturientă peste 30 ani;
- utilizarea occitocicelor;
- asocierea cu o patologie responsabilă de coagulopatie: DPNI (asociere în 70%), moartea fătului în uter;
- naştere dificilă cu LA meconial, hipertonie uterină, traumatism obstetrical cu efracția muşchiului uterin (chiar histerotomia cezariană);
- unele manevre cu plasarea unui cateter pentru tocografie internă;
- membrane rupte. La această regulă s-au descris şi cazuri rare de EA pe membrane intacte.

Clinică

Sindromul EA asociază în combinație variabilă, un sindrom de insuficiență cardio-respiratorie, semne neurologice şi

Scanned with OKEN Scanner

o hemoragie prin afibrinogenemie.

Tabloul clinic debutează cu cianoză şi dispnee, cu tahicardie asociată cu tuse seacă şi expectoraţie. Ascultaţia pulmonară poate fi normală, sau să se deceleze raluri fine, difuze care evocă un edem pulmonar acut. Apar semne de cord pulmonar acut cu turgescenţa jugularelor şi semne EKG de hipertrofie ventriculară dreaptă şi colaps cardio-vascular.

Analiza gazelor în sângele arterial arată hipoxie şi acidoză metabolică.

În cazuri grave, se asociază semne de iritaţie cerebrală: convulsii, hipertonie musculară.

După această fază acută, se va constitui într-un interval de 30 min. - 9 ore, o coagulopatie care se manifestă printr-o hemoragie uterină iniţial, apoi gingivală, la locul puncţiei etc. (sindromul hemoragic apare în 40 - 60%). Coagulopatia este determinată de o activare a coagulării cu trombocitopenie, hipofibrinogenemie, nivel de plasminogen normal sau uşor scăzut, prezenţa monomerilor de fibrină, scăderea protrombinei şi activarea sistemului fibrinolitic, scăderea fibrinogenului (plachetele sunt normale).

Diagnosticul de EA este dificil, diagnosticul fiind fixat histologic.

Anatomie patologică

Examenul macroscopic permite trei constatări:

- în trunchiul arterei pulmonare şi a ramurilor sale nu există nici un cheag masiv şi obstructiv;

Scanned with OKEN Scanner

- uterul este frecvent sediul unor leziuni traumatice: dilacerații ale segmentului inferior, rupturi cervicale sau chiar ruptură uterină constituită;
- prezența sângelui incoagulabil în cavitatea peritoneală, marile vase, cord. De asemeni, apar peteşii şi subfuziuni sanghine în diverse organe: ficat, pulmon.

Examenul microscopic fixează diagnosticul şi se va efectua la nivelul pulmonului şi a marilor vase.

La nivelul pulmonului, se evidențiază elemente ale LA: celule epidermice fetale, fragmente de mucină, fire de lanugo, elemente lipidice din vernix cazeoasa. Debriurile meconiale se vor căuta în citoplasma macrofagelor alveolare (acestea apar într-un interval de 24 – 48 ore).

Detectarea meconiului în sângele circulant sau în macrofagele din expectorație, sunt semne precoce de EA. Microscopia mei evidențiază microembolii de origine sanghină în arteriole şi capilare.

În caz de imposibilitate de efectuare a necropsiei, se recomandă puncția cordului drept.

Patogenie

Mecanismul de erupție a LA în circulația maternă, este controversat, fiind descrise trei căi de penetrare:

- ruptura venelor endocervicale în perioada de dilatare a colului; aceasta este considerată principala cale de penetrare a LA în circulația generală. Angajarea capului fetal împiedică circulația LA şi creşte presiunea intrauterină în

timpul contracțiilor, ceea ce favorizează pătrunderea LA în venele cervicale traumatizate. Un astfel de pasaj este favorizat de un travaliu prelungit şi o activitate uterină importantă;

- aria de inserție placentară: dezinserția placentei în cursul naşterii şi ruptura înaltă a membranelor mai ales în vecinătatea inserției placentare, permite pasajul LA către sinusurile materne. Frecvența D.P.N.I. asociată EA şi apariția EA pe membrane intacte, sunt elemente în favoarea acestei ipoteze;
- peretele uterin: dacă există o soluție de continuitate în peretele uterin (ruptură uterină sau cezariană), breşa vasculară poate favoriza trecerea LA.

Fiziopatologie

Insuficiența cardio-respiratorie este explicată de 5 teorii:

1. Obstrucția mecanică a vaselor pulmonare. Această teorie este depăşită întrucât obstrucția interesează vasele mici.
2. Vasoconstricția arteriolară pulmonară reflexă, indusă de formarea de microtrombi fibroşi sau finbrinoplachetari în patul pulmonar sub acțiunea tromboplastinei amniotice.
3. Rolul unui fenomen anafilactic: în timpul unei EA, apare o urticarie generalizată şi un edem Quincke.
4. Teoria hemodinamică: este incriminată o substanță angioactivă care determină hipertensiune pulmonară.
5. Sindromul cardio-respirator, ar fi determinat de contactul

Scanned with OKEN Scanner

LA cu sângele venos, ceea ce determină coagularea sângelui, cheagurile migrând către vasele pulmonare şi inducând insuficiența cardio-respiratorie.

Tulburările de coagulare

În EA, CID este un mecanism constant declanşat de tromboplastina de origine amniotică. Activitatea coagulantă a LA a fost demonstrată de Weiner în 1949. O serie de autori incriminează tromboplastinele tisulare elaborate de contactul LA cu o leziune traumatică uterină.

În plus, liza plachetară se asociază cu eliberarea unei tromboplastine endogene (factorul 3 plachetar). De asemeni nu este exclus ca şocul prelungit să-şi sumeze efectele celor inițiale ale LA.

Fibrinoliza, indusă de un activator al plasminogenului, determină distrucția fibrinei. Acest proces este însă rar, el fiind secundar CID-ului. Aceste două fenomene (CID – fibrinoliză), vor determina o afibrinogenemie, care reprezintă elementul principal al sindromului hemoragic.

Tratamentul EA

Tratamentul va fi instaurat de urgență, ideal fiind o reanimare imediată.

— Tratamentul sindromului respirator: impune intubația traheală, ceea ce permite aspirația bronşică şi ventilația asistată (cu oxigen pur în primele ore), cu presiune pozitivă. Se va monta un cateter pentru măsurarea PVC (presiunii venos centrale), ceea ce permite ghidarea reanimării şi compensarea

Scanned with OKEN Scanner

pierderilor. Acidoza va fi compensată cu o soluție de bicarbonat.

— Tratamentul șocului: starea de șoc amniotic, agravat de colapsul hemoragic, este o indicație de reechilibrare volemică, însă nu se vor utiliza vasopresoare. Cu toate că Izuprelul (Izoproterenol) pare a fi indicat (diminuă vasoconstricția arteriolară pulmonară și ameliorează contracția ventriculară), el determină tahiaritmie. Acest drog poate fi utilizat dacă ritmul ventricular este sub 120/min. și sub control strict electrocardiografic.

Corticoizii au o valoare discutabilă, ei diminuând rezistența vasculară periferică.

Tratamentul coagulopatiei este controversat: toți autorii acceptă administrarea de sânge proaspăt, utilizarea de antifibrinolitice (Iniprol, Zymofren) și de fibrinogen.

Heparinoterapia este indicată în caz de CID, dar terapia poate fi riscantă dacă se administrează înaintea evacuării uterului.

Conduita obstetricală nu pune probleme deosebite: De obicei fătul este mort și se așteaptă expulzia spontană. Dacă fătul este viu, acesta se va extrage cât mai repede.

Scanned with OKEN Scanner

12.10. Şocul prin diminuarea volumului sanghin circulant

Deshidratarea acută

Această etiologie a dispărut azi, fiind descrisă în caz de deshidratări grave din disgravidia toxică sau de vărsăturile care complică o pielonefrită acută.

Şocul postural (vezi complicațiile nașterii)

12.11. Şocul cardio-respirator

Embolia pulmonară are o frecvență rară (1:2500 naşteri), fiind mai des întâlnită după naştere. Tabloul clinic este identic cu al emboliei pulmonare din afara sarcinii.

Terapia constă în protezarea respiratorie şi heparinoterapie. Tratamentul cu Streptochinază în timpul naşterii, este riscant datorită posibilei hemoragii la nivelul ariei de inserție placentară sau a unui risc hemoragic fetal.

Alte embolii: embolia trofoblastică este un accident frecvent în cursul sarcinii normale, însă este fără gravitate şi asimptomatic.

Rar, embolia trofoblastică poate fi brutală în caz de molă hidatiformă. Tratamentul asociază oxigenoterapia, corticoizi în doze mari, tonice cardiace. Embolia gazoasă poate apare în cursul unor manevre abortive, având acelaşi tablou

Scanned with OKEN Scanner

de insuficiență cardio-respiratorie acută.

Accidentele anestezice

— Sindromul de inhalare pulmonară a lichidului gastric: în timpul nașterii, stomacul nu se golește niciodată datorită contracțiilor uterine, a durerii sau a unor droguri utilizate. Compresia și situația stomacului, datorită prezenței uterului gravid, favorizează refluxul gastric.

Aciditatea conținutului gastric va determina o iritație gravă a mucoasei respiratorii.

Pentru prevenirea acestui accident, se va administra oricărei gravide la naștere o medicație antiacidă, care se va repeta la 2 ore în caz de anestezie generală.

— Șocul din cursul anesteziei loco-regionale: anestezia caudală sau peridurală prin blocarea simpaticului, va induce o pierdere a tonusului vasomotor și o scădere a returului venos din jumătatea inferioară a corpului. Postura de decubit lateral stâng, sau asocierea unei perfuzii, poate corija această hipotensiune.

12.12. Șocul septic

Este o entitate gravă, care poate fi consecința unor manevre abortive, sau poate apare la sfârșitul sarcinii sau în postpartum, după o pielonefrită severă, infecție amniotică.

Germenii responsabili sunt frecvent bacilii Gram negativ sau anaerobi: E. colli, Bacteroides, Proteus, Pseudomonas, Clostridium, la care utilizarea nejudicioasă a antibiotice-

Scanned with OKEN Scanner

lor a selecționat suşe rezistente.

Toxinele microbiene antrenează două consecințe fiziopatologice: un spasm vascular şi CID.

Clinică

Faza inițială asociază o hipotensiune cu conservarea circulației periferice şi a diurezei. Gravida este anxioasă, bine colorată, febrilă. În lipsa unui tratament eficace, această stare se agravează, gravida devine palidă, cu extremități reci, cianotice, iar la aceste semne de gravitate se pot asocia o comă profundă, insuficiență renală şi cardio-respiratorie. De la primele manifestări, se vor practica hemoculturi, cât şi monitorizarea PVC (presiunii venos centrale), a echilibrului acido-bazic, bilanțului coagulării şi ionograma sanghină.

Conduita (după Bonnar)

- oxigenoterapie (dacă este cazul chiar ventilație asistată);
- rehidratare după valorile PVC, a diurezei, ionogramei;
- antibioticoterapie, după antibiogramă;
- corticoizi în doză mare care cresc perfuzia tisulară diminuând rezistența vasculară.

În caz de insuficiență cardiacă, dacă PVC este peste 15 cm H_2O se vor utiliza digitalice asociat cu izoprenalină. Funcția renală este forțată cu diuretice sau Manitol, iar în caz de eşec se va recurge la dializă.

În caz de hemoragie sau în situația unei intervenții

chirurgicale, se va temporiza utilizarea Heparinei, administrându-se sânge proaspăt sau plasmă congelată. Tratamentul chirurgical, are ca scop suprimarea focarului infecțios: histerectomie sau cezariană - histerectomie.

12.13. Consecințele șocului

Consecințe materne. Principala complicație a șocului este insuficiența renală, care are drept cauză, frecvent, șocul hemoragic complicat cu tulburări de coagulare, IRA, se datorează unei tubulonefrite acute sau unei necroze corticale bilaterale și se traduce prin anurie, confirmată prin două examene:

- arteriografia renală care arată lipsa vascularizației corticale;
- biopsie renală.

În caz de tubulo-nefrită acută, reluarea diurezei se face în câteva zile, iar în caz de necroză corticală, anuria poate dura săptămâni.

Consecințe fetale. Un șoc matern se va repercuta asupra fătului prin diminuarea perfuziei utero-placentare, rezistența fătului fiind limitată.

Hipercapnia va determina o vasodilatație cerebrală și o reducere a circulației periferice, iar dacă fenomenele persistă, se ajunge la acidoză și moartea fătului.

Scanned with OKEN Scanner

13. ECHOGRAFIA ÎN OBSTETRICĂ

După ce în 1958 Ian Donald a efectuat primele cercetări cu US asupra oului uman, echografia pătrunde exploziv în diagnosticul medical şi implicit în obstetrică şi ginecologie, înlocuind cu succes metodele invazive.

Examenul echografic utilizează vibraţiile mediilor acustice (unde acustice) cu frecvenţa mai mare de 20000 cili/sec (ultrasunete).

Ultrasunetele folosite în diagnosticul medical sunt produse prin fenomene de piezoelectricitate, care reprezintă proprietatea unor cristale de a se polariza electric, supuse unor solicitări mecanice şi de a suferi o deformare sub acţiunea unui câmp electric exterior.

Deformarea se însoţeşte de emisia de US.

Dispozitivele care transformă energia electrică în energie mecanică (acustică) şi invers, se numesc transductori, în prezent utilizându-se ceramici speciale.

Dintre proprietăţile US, de o deosebită importanţă pentru diagnosticul medical, este reflexia US, procentul de reflexie fiind diferit pentru diferite interfeţe prezente în corpul uman.

Echipamentele de diagnostic ultrasonic sunt formate din:

- sondă exploratorie, care are component principal trans-

Scanned with OKEN Scanner

ductorul. După cum este realizat baleajul ultrasonic, transductorii pot fi manuali, mecanici sau electrici;

- circuitele adiționale care prelucrează ecourile;
- display-ul, care este sistemul de afişare care redă informațiile pe ecran în nuanțe de gri („scara gri");

Diagnosticul echografic face apel la unele procedee tehnice, care după modalitățile de prelucrare a ecourilor, pot fi:

- modul A (echografia unidimensională), care afişează pe ecran imagini sub forma unor deflexii ale liniei de bază. Acest procedeu nu se mai utilizează astăzi;
- modul B (echografia bidimensională statică), unde ecourile apar sub forma unor spoturi a căror intensitate este proporțională cu intensitatea ecourilor. Acest mod este puțin utilizat azi;
- modul D (echografia în timp real, dinamic) permite redarea structurilor examinate în mişcare.

Acest mod de lucru beneficiază de trei tipuri de sonde:

- sectoriale (angulare), unde sonda are o suprafață mică;
- liniare: suprafața de contact cu tegumentele este mare de 10 - 12 cm, iar câmpul afişat pe ecran este dreptunghiular;
- plan convexe.

- modul M (sistemul TM): sonda exploratorie este fixă, iar ecourile sunt redate sub formă de spoturi luminoase de intensitate diferită.

Scanned with OKEN Scanner

Efectele secundare ale US

Efecte fizice:

- efectul termic este neglijabil;
- cavitația este cel mai important efect mecanic şi se referă la eliminarea de bule de gaz într-un mediu lichid. Prin colaps brusc aceste bule de gaz pot induce unde de şoc, care pot determina leziuni ale materialului genetic sau chiar liza celulelor.

Efectele chimice sunt reprezentate de fenomene de oxidare (datorită descompunerii apei) şi de depolimerizare (datorită fenomenului de cavitație).

Efectele chimice nu induc efecte secundare.

Efectele biologice nu sunt suficient cunoscute, însă aplicarea pe scară largă a US în ultimii 30 ani, nu a relevat efecte biologice imputabile.

13.1. Indicațiile echografiei

Indicațiile echografiei în primul trimestru de sarcină

- diagnosticul de sarcină: evidențierea sacului gestațional de la 5 săptămâni de amenoree;
- diagnosticul de vârstă a sarcinii se stabileşte prin măsu-

Scanned with OKEN Scanner

rători ale sacului embrionar şi a lungimii embrionului;

- diagnosticul de evolutivitate a sarcinii: vizualizarea MCF şi a mişcărilor active embrionare din săptămâna a 7-a;
- patologia sarcinii: iminența de avort, se poate prezenta ca un ou aparent normal, ou mort, sau existența unui hematom;
  - avortul în evoluție: sacul ovular este alungit, uneori în bisac, cu contur imprecis;
  - avortul incomplet: imaginea echografică redă o aglomerare de ecouri, care se substituie liniei de vacuitate;
  - oul clar: diagnosticul va fi formulat după 8 - 9 săptămâni. Oul este bine conturat echografic, însă conținutul oului este anecogen, omogen prin lipsa embrionului;
  - retenția unui ou mort se relevă prin absența MCF şi a mişcărilor active după 8 - 9 săptămâni de amenoree;
- diagnosticul sarcinii multiple: se poate fixa din săptămâna a 5-a de amenoree, prin evidențierea a doi sau mai mulți saci ovulari în interiorul cavității uterine, stabilindu-se şi tipul de sarcină gemelară: dizigotă, când apar doi saci ovulari distincți, sau monozigotă când apar doi embrioni neseparați printr-un sept;
- diagnosticul SEU: echografia, alături de dozarea β-hCG şi a celioscopiei, face parte din trepiedul diagnostic al SEU.

Scanned with OKEN Scanner

Semnul direct al SEU este prezența în afara cavității uterine a oului (şi implicit prezența liniei de vacuitate uterină).

În unele cazuri, diagnosticul de SEU se poate evidenția echografic prin prezența complicațiilor: evidențierea revărsatului peritoneal.

- diagnosticul molei: în molă, imaginea echografică este tipică, de fulgi de zăpadă, care sunt reprezentarea veziculelor coriale degenerate hidropic. Mai rar, în mola embrionată, diagnosticul este mai dificil.

Echografia permite şi supravegherea postmolară: prezența chisturilor luteinice ovariene, cât şi apariția liniei de vacuitate uterină.

Indicațiile echografiei în trimestrul II de sarcină

- diagnosticul principalelor malformații fetale: hidrocefalia, microcefalia, anancefalia, malformațiile coloanei vertebrale, spina bifidă, anomaliile membranelor, patologia abdominală fetală;
- determinarea sexului fetal;
- diagnosticul de evolutivitate a sarcinii: prezența MCF şi a mişcărilor active fetale;
- biometria fetală: DBP (diametrul biparietal), diametrul transvers toracic, transvers abdominal, lungimea femu-

Scanned with OKEN Scanner

rului;

- localizarea placentară, anomalii morfologice ale placentei;
- studiul LA şi al cordonului;
- diagnosticul morţii fetale in utero.

Indicaţiile echografiei în trimestru III de sarcină

- vârsta sarcinii (diagnosticul este complex cumulând informaţii oferite de biometria fetală);
- viabilitatea fetală;
- elemente ale scorului biofizic: tonusul muscular, mişcările active fetale, mişcări respiratorii, cantitatea de LA;
- hipotrofia fetală;
- izoimunizarea Rh;
- localizarea şi maturitatea placentară;
- studiul LA şi al cordonului;
- estimarea greutăţii fătului.

Examenul echografic permite efectuarea unor investigaţii fetale: amniocenteza precoce, biopsia de trofoblast, transfuzia in utero, biopsia cutanată, puncţii evacuatoare a unor colecţii fetale, reducţii embrionare.

Scanned with OKEN Scanner

13.2. Biometria echografică gestațională

Stabilirea vârstei sarcinii. Pentru aceasta se pot utiliza:

- diametrul sacului gestațional, în săptămânile 5 – 7 de amenoree;
- lungimea cranio-caudală a embrionului în săpt. 7 - 12. Această examinare dă erori de ± 3,5 zile.
- diametrul biparietal, din săpt. 12, cu maxim de fidelitate în săpt. 20;
- lungimea femurului, cu precizie maximă între 12 - 24 săpt.

Biometria tronculară

Pentru stabilirea vârstei gestaționale şi a maturității fetale s-au propus măsurarea unor parametri toracici şi abdominali. În prezent se utilizează:

- diametrul transvers abdominal;
- perimetrul abdominal;
- suprafața abdominală transversă.

Diametrul transvers abdominal se măsoară prin vena portă şi punga gastrică. Corelarea valorilor diverselor măsurători, poate aprecia greutatea fătului.

Biometria membrelor fetale permite:

- estimarea vârstei gestaționale;
- diagnosticul hipotrofiei fetale;

Scanned with OKEN Scanner

- depistarea unor malformaţii.

Se pot măsura lungimea femurului, radius - cubitus, tibia şi peroneul. Dintre toate măsurarea lungimii femurului este cea mai fidelă pentru stabilirea vârstei gestaţionale. Măsurătoarea se poate face din săpt. 13, iar între 14 - 22 săpt. permite un diagnostic exact cu o eroare de ± 7 zile.

13.3. Placentografia ultrasonică

Până la 9 - 10 săpt. de amenoree, trofoblastul, împreună cu caduca, formează un inel ecogen care delimitează sacul ocular.

După 10 săpt. apare o îngroşare a trofoblastului iar placenta se individualizează între 10 - 12 săpt.

Morfologia placentară: placenta matură se delimitează evident de miometru, cu septuri intercotiledonare continue, intens ecogene. Lacunele sunt mai numeroase şi confluează.

S-au descris 4 grade de maturitate placentară:

- gradul 0: structura fină, omogenă, placa bazală fin conturată (apare în trimestrul II);
- gradul I: în masa placentară apar mici calcificări (de 1 - 4 mm), placa corială are denivelări mici. Acest aspect apare în săptămâna 30 - 32;
- gradul II: calcificările sunt mai numeroase şi mai mari (peste 4 mm) iar septurile devin evidente;
- gradul III: septurile ating placa bazală. Calcificările sunt mari, neregulate.

Scanned with OKEN Scanner

De remarcat că nu există corelație între gradul de maturitate placentară şi funcționalitatea sa.

Grosimea placentei creşte progresiv până la 35 săpt., fiind de 38 mm (la placenta cu grad de maturitate I) şi de 35 mm la cele de gradul III.

- localizarea placentară: Se poate stabili cu precizie doar în trimestrul III. Normal, placenta se inseră fundic în 26%, anterior în 34% şi posterior în 31%.

Se poate stabili de asemeni relația dintre placentă şi orificiul intern al colului.

13.4. Studiul echografic al lichidului amniotic şi al cordonului

Studiul echografic al LA

Volumul LA creşte progresiv până la 35 săpt., când atinge volumul maxim de 1000 ml. Studiul LA are semnificație în caz de oligoamnios sau polihidramnios.

Calcularea volumului total de LA se face după o formulă matematică care ia în calcul o constantă şi principalele diametre ale uterului.

Alte metode de apreciere a volumului LA:

- măsurarea pungilor de LA (cea mai mare pungă vizualizată să aibă peste 1 cm);

Scanned with OKEN Scanner

- indicele amniotic în cele 4 cadrane: se calculează rezultanta din înălțimile celei mai mari pungi din fiecare cadran (normal la termen este peste 13 cm).

Studiul echografic al cordonului

Permite măsurarea diametrului cordonului (normal la termen este de 1 - 2 cm), cât şi:

- depistarea arterei ombilicale unice;
- reperarea circularelor pericervicale.

13.5. Velocimetria Doppler în obstetrică

Constă în studiul circulației utero-placentare sau în vasele fetale mari. Velocimetria se bazează pe efectul Doppler care constă în modificarea frecvenței unui sunet (US) în urma reflectării sale de către un obstacol aflat în mişcare.

Modificarea de frecvență este direct proporțională cu viteza de deplasare a interfeței care reflectă US. Obstacolul care reflectă US în cazul velocimetriei Doppler, este reprezentat de milioane de hematii în mişcare.

Capacitatea de reflexie este maximă la un Ht peste 40%.

Pentru o examinare corectă, unghiul de incidență sub care cade fascicolul US asupra vasului va fi sub 60°.

Măsurarea vitezei şi a debitelor sanghine se face cu

Scanned with OKEN Scanner

ajutorul unor indici sau rapoarte. În obstetrică se utilizează 3 moduri de examinare Doppler: continuu, pulsatil şi color.

Modul continuu: sonda are 2 transductori: unul care emite US şi altul care reacţionează ecourile continuu.

Acest mod interceptează mai multe vase suprapuse, de aceea poate fi utilizat numai la vase care au o traiectorie ce nu la intersectează pe altele (ex.: art. ombilicale, aorta fetală şi în oarecare măsură art. uterine).

Modul pulsatil, sau Doppler codat, utilizează un singur transductor care emite pulsatil US, iar în pauzele de emisie recepţionează ecourile.

Caracterul discontinuu permite să se stabilească profunzimea, ceea ce facilitează studierea vaselor fetale: carotide, artere cerebrale etc.

Această modalitate presupune cuplarea la un echograf bidimensional în timp real.

Modul color utilizează convenţional culoarea roşie pentru artere şi albastru pentru vene. Vasul examinat apare suprapus secţiunii echografice bidimensionale.

Scanned with OKEN Scanner

14. EXAMINAREA ŞI REANIMAREA NOULUI NĂSCUT ÎN SALA DE NAŞTERI

Necesitatea unor gesturi sau manevre de urgență după naştere este motivată fie de prematuritate, patologia gestațională sau distocii ale naşterii. Scopul acestei reanimări este de a reduce la minim hipoxia postnatală şi consecințele sale circulatorii şi neurologice.

Examinarea şi primele îngrijiri ale noului născut se fac în sala de naşteri imediat după naştere, deci organizarea în acordarea primelor măsuri este esențială, aceasta fiind diferențiată în funcție de caracteristicile unității sanitare: număr de naşteri pe an, prezența permanentă a unui anestezist, posibilități de transfer a noului născut cu risc etc.

Scopurile urmărite sunt următoarele:

- preluarea nou născutului normal;
- diagnosticul şi evaluarea nou născutului cu risc;
- dirijarea către sectorul de neonatologie;
- educarea personalului responsabil de aplicarea primelor îngrijiri;
- organizarea unor protocoale comune de către obstetrician şi pediatru şi evaluarea periodică a

atitudinilor.

Pentru înțelegerea diferitelor situații care pot afecta nou născutul, este necesară explicarea succintă a unor elemente de fiziologie fetală şi neonatală: la naştere se produc două fenomene importante: aerarea pulmonară şi menținerea unei respirații autonome cât şi adaptarea circulatorie.

14.1. Circulația fetală

La făt există o mare rezistență a vaselor arteriale pulmonare, care reduc circulația pulmonară la 12% din debitul cardiac, majoritatea schimburilor făcându-se la nivelul placentei care primeşte 60% din debitul cardiac şi aceasta datorită rezistenței mici pe care o opune.

Sângele oxigenat de la nivelul placentei ajunge la făt prin vena ombilicală, traversează ficatul prin canalul Arantius şi se varsă în VCI. Apoi trece din atriul drept către cel stâng prin foramen ovale, se amestecă cu sângele venelor pulmonare şi penetrează în ventriculul stâng şi aortă.

Sângele care vine de la partea superioară a corpului ajunge în ventriculul drept şi artera pulmonară, însă datorită rezistenței vasculare pulmonare mari, trece prin canalul arterial în aortă.

Astfel, sângele care ajunge la creier este mai bine oxigenat ca acela care ajunge la intestin şi rinichi.

Prima respirație a unui nou născut apare într-un inter-

Scanned with OKEN Scanner

val de 5 secunde sub efectul unor stimuli multipli.

Aerul pătrunde în pulmoni iar expansiunea pulmonară antrenează scăderea rezistenței vasculare pulmonare şi deci scăderea presiunii sanghine în atriul drept şi creşterea presiunii în atriul stâng. Aceasta va determina închiderea funcțională a foramen ovale, contra căreia se plasează valvula lui Vieuxsens.

Această separare funcțională rămâne labilă pe o perioadă de câteva zile după naştere. Rezistența arterială pulmonară depinde de presiunea parțială a oxigenului în sângele arterial; de pH-ul sanghin şi tisular, de presiunea alveolară a oxigenului şi a bioxidului de carbon.

Dacă P_aO_2 şi pH-ul scad, se produce creşterea rezistenței pulmonare cu redeschiderea şuntului dreapta-stânga şi reapariția unei circulații de tip fetal. Deci închiderea canalului arterial (inițial funcțională apoi organică), se datoreşte trecerii sângelui oxigenat prin canalul arterial.

După prima respirație, cele următoare necesită o presiune mai scăzută față de prima. Dacă lipidele tensioactive sunt prezente în cantitate şi de calitate normală, se constituie o capacitate funcțională reziduală pulmonară. Dacă în primele minute după naştere, nu se constituie o respirație regulată, se produce o scădere rapidă a P_aO_2 care accentuează vasoconstricția vaselor pulmonare, scăzând debitul pulmonar.

Aceasta are drept consecință o hipertensiune în circulația dreaptă, cu persistența şuntului dreapta - stânga la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul lui foramen ovale şi a canalului arterial şi o hipotensiune în circulaţia sistemică.

Dacă nu se instituie o ventilaţie adecvată, se produce anoxie şi acumularea rapidă de ioni de hidrogen, iar diminuarea debitului tisular induce o alterare miocardică şi stare de şoc cu repercusiuni asupra celulelor cerebrale. Unele situaţii permit să se prevadă un risc neonatal, iar în aceste situaţii este prevenită echipa de neonatologi. Alteori, sunt situaţii imprevizibile dar în orice caz este recomandabil ca medicul neonatolog să fie prezent la orice naştere.

14.2. Echipamentul necesar

În apropierea sălii de naştere se va monta o masă de reanimare, echipată cu o sursă de vid cu controlul presiunii şi o sursă de oxigen cu debitmetru. De asemeni este necesară o sursă de căldură, monitor cardiac, respirator, balon de ventilaţie şi mască.

- pentru aspiraţia naso-faringiană sunt necesare sonde de aspiraţie;
- pentru intubaţia traheală, un laringoscop cu lamă scurtă şi dreaptă şi sonde de intubaţie;
- pentru cateterism venos: pense drepte şi curbe, foarfece, catetere ombilicale, seringi, aparat de măsurat gazele sanghine, ace epicraniene;
- medicamente: soluţie de glucoză 5 şi 10%, ser fiziologic,

Scanned with OKEN Scanner

bicarbonat de natriu 42%, gluconat de calciu, adrenalină; plasmă congelată, Naloxan, nitrat de argint.

14.3. Îngrijirea noului născut în sala de naşteri

Orice gest efectuat în sala de naşteri va fi riguros controlat din punct de vedere septic (spălarea mâinilor, halat, mască).

1) Menţinerea temperaturii corpului: un nou născut îşi poate adapta termogeneza până la un punct critic, de la care, temperatura sa centrală şi cutanată va scădea rapid.

Temperatura optimă pentru nou născut este de 22 - 23°C. Dacă se admite ca temperatura fătului este cu 0,5°C mai mare decât temperatura centrală a mamei, se poate constata că deperdiţia calorică a noului născut este foarte rapidă în funcţie de temperatura mediului ambiant.

Născuţii prematur au un echilibru termic foarte labil. Reducerea la minim a deperidiţiei calorice se va face prin:

- plasarea noului născut pe o masă de reanimare încălzită la 25 - 26°C;
- înfăşarea rapidă;
- monitorizarea temperaturii cutanate.

2) Aspiraţia naso-faringiană: această manevră nu este necesară la toţi noii născuţi, însă dacă căile aeriene sunt acombrate, se va utiliza o sondă suplă şi sterilă conectată la un sistem

Scanned with OKEN Scanner

de aspirație.

Aspirația va fi scurtă, sub 15 secunde, căci ea poate determina o bradicardie reflexă importantă.

3) Examenul de rutină a noului născut: După naştere se va efectua sistematic un examen de rutină a oricărui nou născut, care va preciza:

- permeabilitatea diverselor orificii (narine, esofag, anus) şi emisia de urină şi meconiu;
- măsurători: greutatea, talia, perimetru cranian;
- coloraţia tegumentelor, eventualele traumatisme, malformaţii, inspecţia vaselor cordonului;
- administrarea de 1 mg vit. K (I.M.) şi badijonarea cu un colir de nitrat de argint în ochi pentru profilaxia oftalmiei, iar la fetiţe aplicarea de nitrat în zona vulvară;
- identificarea noului născut (nume, sex, data naşterii) cu o brăţară;

Cazuri de urgenţă

Sunt două categorii de urgenţe la nou născut:

1. reanimarea unui nou născut asfixiat sau deprimat;
2. unele anomalii congenitale care necesită o intervenţie rapidă.

Primele minute ale vieţii extrauterine sunt esenţiale fiindcă pot determina calitatea ulterioară a vieţii.

Scanned with OKEN Scanner

14.4. Criterii de apreciere a stării clinice a noului născut

Scorul Apgar: permite o apreciere rapidă a stării clinice a noului născut şi se va efectua la 1, 5, 10 minute după naştere.

Acest scor introdus de Y. Apgar în 1953, este utilizat în majoritatea maternităților, folosind 5 parametri:

- ritmul cardiac;
- respirația;
- tonusul muscular;
- colorația tegumentelor
- reflexele.

Aceşti parametri se notează cu cifre de la 0 la 2, pentru fiecare, suma acestora dând scorul Apgar.

Avantajele acestui scor rezidă în aprecierea simultană a mai multor parametri clinici, el putând fi repetat. Scorul reprezintă o evaluare semicalitativă a evoluției noului născut, permițând o reanimare imediată.

Scorul Apgar are unele limite, mai ales la prematuri, unde nu reflectă fidel gradul de acidoză la naştere.

Dacă scorul este între 8 - 10, starea noului născut este foarte bună. Între 3 - 7 impune ventilație pe mască, iar dacă pH-ul este sub 7,15 se va administra bicarbonat de natriu sau THAM. Neameliorarea stării fătului impune protezare respiratorie, masaj cardiac extern şi corecția acidozei.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă scorul este sub 3 la 1 minut, este o situaţie gravă care necesită oxigenarea prin intubaţie, dezobstrucţie şi ventilaţie, cateter în vena ombilicală şi corecţia acidozei. În aceste cazuri, evoluţia poate fi favorabilă cu ameliorare rapidă, sau persistă starea de şoc. În situaţia în care nu există activitate cardiacă în decurs de 15 minute de reanimare, se va renunţa la măsurile terapeutice.

Determinarea pH-ului din cordonul ombilical este un alt criteriu de evaluare a stării clinice a noului născut.

În mod normal, acidoza metabolică şi respiratorie care există la naştere, dispare progresiv în primele 60 minute. Ideal, aprecierea stării clinice a noului născut, se va face prin scor Apgar şi determinarea pH-ului din cordon, fiindcă numai scorul Apgar poate masca o stare de acidoză (mai ales la prematuri), deci reanimarea efectuată numai după scor riscă să fie excesivă sau inadecvată.

Determinarea pH-ului permite: evaluarea reanimării efectuate, instalarea ventilaţiei artificiale şi administrarea eventual de bicarbonat.

Determinarea TA: se va face la noii născuţi deprimaţi, fie prin palpare şi ascultare, fie utilizând efectul Doppler sau oscilometria.

Pentru un nou născut care prezintă o anoxie perinatală acută, se impune monitorizarea TA, căci o hipotensiune poate fi mascată de o vasoconstricţie periferică ca rezultat a unei acidoze. Corecţia acidozei prin ventilaţie va determina o vaso-

Scanned with OKEN Scanner

dilatație periferică cu hipotensiune, care va trebui corijată.

14.5. Obiective, tehnici şi scheme de reanimare a noului născut

Obiectivele reanimării sunt:

- oxigenare adecvată printr-o ventilație corectă;
- restaurarea circulației sanghine, a ritmului cardiac şi a TA;
- normalizarea echilibrului acido-bazic.

Metodele utilizate sunt următoarele:

1) Reanimarea respiratorie asigură o aerare pulmonară adecvată.

Primul gest este dezobstrucția nazo-faringiană. Dacă noul născut a inspirat lichid meconial, se impune o bronhoaspirație sub laringoscop.

Dacă respirația spontană nu a apărut după 1 minut, se vor face una sau două insuflații pe mască. Persistența apneei impune intubarea şi ventilarea manuală cu o frecvență de 30 - 40/min (cu o concentrație de oxigen de 50 - 100% după gradul de asfixie).

Ventilația artificială va fi prudentă datorită complianței deficitare pulmonare a unora din noii născuți, datorită încărcării arborelui bronşic cu secreții (în aceste situații se poate instala un pneumotorax).

Eficacitatea ventilației este confirmată de obținerea unei expansiuni pulmonare bilaterale, paralel cu normalizarea

Scanned with OKEN Scanner

echilibrului acido-bazic.

2) Reanimarea circulatorie: asigură un ritm cardiac normal, o TA adecvată şi o restaurare a circulaţiei sanghine.

De multe ori la naştere apare o deprimare a sistemului cardio-vascular, explicată de hipoxemie şi bradicardie. Dacă ritmul cardiac nu răspunde la aerarea pulmonară şi nu creşte după 1 minut de ventilaţie, se impune un masaj cardiac extern.

Şocul hipovolemic al noului născut poate fi generat de placenta previa, DPNI, ruptura unui vas placentar sau ombilical, sau asfixie fetală gravă. Se asociază o tahipnee, tahicardie, acidoză metabolică, vasoconstricţie periferică, hipotensiune şi scăderea PVC.

Corecţia hipovolemiei impune administrarea de expanderi plasmatici, sânge, plasmă, soluţie Ringer sau ser fiziologic.

3) Normalizarea echilibrului acido-bazic. Acidoza severă (pH sub 7,15) reduce debitul cardiac şi antrenează o decompensare cardiacă. Aceasta poate fi agravată de existenţa unei hipovolemii.

Componenta respiratorie a acidozei, este corectată prin ventilaţie, iar dacă acidoza persistă, se poate administra bicarbonat de natriu. Însă, administrarea acestuia este o măsură controversată, actual fiind admis că dacă acidoza este principal metabolică, se va menţine ventilaţia, se face corecţia hipovolemiei şi dacă este necesar se va administra o

Scanned with OKEN Scanner

doză mică de bicarbonat (0,6 × greutatea în kg/4) suficient pentru a ameliora debitul cardiac şi a creşte metabolismul hepatic al acizilor organici.

Deci tratamentul esențial al acidozei este ventilarea corectă iar administrarea de bicarbonat se face după determinarea pH-ului din sângele arterial. Utilizarea bicarbonatului de natriu, se va limita în caz de:

- stare de moarte aparentă (injectat intracardiac direct);
- corecția acidozei metabolice, dacă pH-ul nu se normalizează după o asistență respiratorie corectă.

Administrarea de bicarbonat de natriu în doze mari, poate determina o hipernatremie, creşterea pCO_2 şi hemoragii intracraniene, cât şi o hipotensiune prin vasodilatație periferică.

Orice reanimare a noului născut are însă unele riscuri:

- apariția de convulsii: o ventilație insistentă poate determina o alcaloză respiratorie, care asociată hipocalcemiei sau hipoglicemiei poate induce apariția de convulsii;
- fibroplazia retrolentală, provocată de o expunere chiar scurtă (30 minute) de oxigen, la concentrație mare;
- agravarea unei acidoze respiratorii;
- edem pulmonar acut.

Scanned with OKEN Scanner

14.6. Cazuri particulare

Noul născut somnolent: după o anestezie generală sau în caz de administrare la mamă a unor droguri (Mialgin administrat înainte cu 3 ore de expulzie), nou născutul este somnolent şi nu respiră spontan, cu toate că starea sistemului circulator este bună.

Această situație se poate rezolva prin ventilație pe mască, sau administrarea unui antidot morfinic (Naloxan 0,01 mg/kg).

Pneumotoraxul poate fi o complicație a ventilației sau poate apare spontan la naştere. Într-o asemenea situație, starea clinică se deteriorează brutal (cianoză, tahipnee, deplasarea zgomotelor cardiace, hipotensiune).

Diagnosticul va fi confirmat prin radiografie toracică, apoi pneumotoraxul va fi decomprimat imediat (chiar în sala de naşteri).

Hernia diafragmatică. În formele stângi, complete, semnele clinice sunt: insuficiența respiratorie, cianoza, abdomen plat, distensie toracică, absența murmurului vezicular la stânga. Noul născut va fi intubat şi asistat respirator. Diagnosticul este confirmat prin radiografie toracică.

Atrezia esofagiană. Fiecărui nou născut i se va efectua un „test la seringă", după introducerea unei sonde în stomac. În caz de dubiu asupra permeabilității esofagiene, se va practica o radiografie cu o sondă radioopacă.

Scanned with OKEN Scanner

După fixarea diagnosticului, noul născut se va aşeza într-o poziție proclivă sau în semişezând. Se va practica intubația. Prognosticul depinde de precocitatea diagnosticului.

Atitudinea față de noul născut sub 1500 g

Aceşti prematuri au un indice ridicat de sechele cerebrale (10 - 15%), de aceea măsurile de reanimare se vor lua din primele minute de viață (intubație şi ventilație artificială, menținerea temperaturii etc.).

Scanned with OKEN Scanner

15. INTERVENȚII OBSTETRICALE

15.1. Epiziotomia

Epiziotomia sau perineotomia reprezintă incizia mediană sau laterală a perineului practicată în timpul perioadei de expulzie sau în timpul practicării unor manevre intrauterine (extracția pelvisului, versiune internă, aplicație de forceps), atunci când condițiile locale impun această atitudine.

Condiții:

- perineu destins de prezentație;
- prezentația craniană: craniul a ajuns la orificiul vulvar;
- prezentație pelvină: degajarea feselor.

Indicații

- fetale: sunt cele mai importante:
  - suferința fetală, naşterea prematură;
  - primipare în vârstă;
- materne: se referă la starea perineului şi a prezentației:
  - anomalii a perineului: perineu înalt, rigid, hipoplazii vulvo-perineale, perineu cicatricial, edem perineal;
  - prezentații: făt mare, prezentație pelvină la primipare, degajare în OS, prezentație facială, distocia umerilor;

Scanned with OKEN Scanner

- scurtarea perioadei de expulzie, în caz de: cardiopatii, TBC, disgravidie;
- timp complementar a unor intervenții: aplicare forceps, marea extracție a pelvisului.

Momentul executării perineotomiei

Pentru a fi eficientă în beneficiul materno-fetal, perineotomia se va efectua profilactic, adică înainte să se producă rupturi a planurilor musculare profunde. Dacă intervenția se practică în momentul când perineul se ischemiază, perineotomia este de necesitate.

Tehnică

Se introduc două degete ale mâinii stângi între prezentație şi perineu, iar cu mâna dreaptă se secționează începând de a comisura posterioară vulvară, lateral sau median pe o distanță de 4 -5 cm. Incizia se face în timpul unei contracții uterine. Se descriu patru tehnici de episiotomie:

- bilaterală (la dreapta şi la stânga), nu este recomandată;
- mediană, care incizează rafeul ano-vulvar până la 2 cm de sfincterul anal. Acest tip de incizie are unele avantaje (prezervă muşchii ridicători anali şi dă o bună cicatrice), dar prezintă riscul prelungirii spre sfincterul anal şi anus;
- medio-laterală este tehnica cea mai des utilizată: de la unghiul posterior al vulvei, lateral dreapta sau stânga, într-un unghi de 45°. Această incizie poate secționa frecvent canalul glandei Bartholin, provocând secundar dilatația

Scanned with OKEN Scanner

chistică a acestuia. De asemeni, această incizie se asociază întotdeauna cu o retracţie inegală a celor două margini, ceea ce face uneori dificilă refacerea, rezultând un defect de afrontare şi o asimetrie a orificiului vulvar care rămâne dehiscent;

- laterală nu este recomandată.

Incizia de episiotomie este indoloră şi puţin hemoragică, dacă se efectuează pe un perineu destins şi subţire.

Episiorafia

Plaga de episiotomie se suturează imediat după expulzia placentei, după anestezie locală cu soluţie novocaină 0,5% (10 ml), de la suprafaţă spre profunzime.

Pentru a facilita sutura se introduce în vagin un tampon, care blochează temporar scurgerea de sânge din cavitatea uterină şi care se scoate la sfârşitul intervenţiei. Se vor respecta regulile de asepsie şi antisepsie.

Materialul de sutură este firul resorbabil (catgut), iar primul timp constă în refacerea plăgii vaginale, după ce s-a reperat unghiul superior al plăgii. Refacerea se face în 2 - 3 straturi, cu fire separate, iar planurile superficiale (pielea) se refac cu fire subdermice.

Alte tehnici utilizează surgetul de catgut sau fire în X. După terminarea intervenţiei se aplică un pansament steril.

Postoperator, dacă plaga a fost corect suturată şi bine

Scanned with OKEN Scanner

îngrijită, se vindecă periprimam în 5 - 6 zile. Cicatricea perineală este suplă şi nedureroasă. La o altă naştere, episiotomia se poate efectua în acelaşi loc.

15.2. Controlul părților moi după naştere sau manevre obstetricale

Este o manevră simplă absolut obligatorie în unele circumstanțe. Controlul se va efectua după expulzia placentei.

Indicații:

- hemoragiile din lehuzia imediată, pentru a se elimina cauza locală;
- după orice manevră intrauterină: aplicare de forceps, versiune internă, extracție manuală a placentei;
- după orice naştere unde există suspiciunea unei rupturi de col sau vagin.

Tehnică

Material necesar: două valve mari, două pense de col fără dinți, o sursă de lumină, un ajutor, material de sutură.

Rupturile perineului sunt uşor de depistat. Pentru a controla pereții vaginali şi colul uterin, se pun cele două valve (anterior şi posterior) şi se prinde buza anterioară a colului. Apoi una din valve creează câmp, fiind mutată succesiv de ajutor în direcția unde se face examinarea.

Operatorul va muta succesiv pensele de col la distanța

Scanned with OKEN Scanner

de 2 - 3 cm una de alta, luând-o pe cea de sus şi aplicând-o sub cealaltă în timp ce se examinează pereții vaginali şi colul uterin, prins între pense, până în fundul de sac. În acest mod, pensele de col se mută succesiv până se examinează tot relieful colului.

Orice ruptură de col (care de regulă este la una din comisuri), se suturează cu fire separate de catgut, după ce ne asigurăm că aceasta nu se prelungeşte la nivelul segmentului.

Sutura rupturilor de col nu necesită anestezie locală, în schimb rupturile vaginului sunt extrem de dureroase, ceea ce presupune anestezie locală pentru a efectua sutura.

Această manevră facilă (controlul părților moi), poate uneori prezerva funcția gestativă a femeii (uneori lipsa de experiență duce la efectuarea unei histerectomii considerate de hemostază, în prezența unei rupturi de părți moi nediagnosticate).

15.3. Extracția manuală a placentei

Este o manevră de urgență, care se poate efectua în toate circumstanțele (dispensar, spital) şi care se practică după expulzia fătului.

Indicații

1. • hemoragia din perioada a III-a a naşterii;
2. • nedecolarea spontană a placentei într-o perioadă

de 30 - 45 minute;

- timp complementar după versiune internă, forceps, când este şi un mijloc de verificare a integrității uterului.

Anestezia: intervenția se execută pe masa ginecologică, sub anestezie I.V. de scurtă durată. De cele mai multe ori însă, gravitatea hemoragiei nu mai permite efectuarea unei tehnici anestezice. În aceste cazuri, manevra se poate efectua fără anestezie.

Pregătirea constă în: aseptizarea regiunii perineale, spălarea sau iodarea operatorului, montarea unei perfuzii endovenoase. Manevra se execută cu mâna goală.

Tehnică

Mâna stângă a operatorului desface labiile prin care se introduce mâna dreaptă (mâna de mamoş) în vagin, prin mişcări semicirculare, pătrunzând în cavitatea uterină de-a lungul cordului. Mâna stângă va fixa puternic fundul uterin. Cu marginea cubitală a mâinii interne, se pătrunde în spațiul dintre peretele uterin şi placentă. Decolarea se realizează înaintând treptat, pentru a decola toată suprafața placentară.

După decolare, placenta este evacuată pe antebrațul operatorului. Mâna endouterină nu se extrage, ci va evacua eventualele resturi, apoi se face controlul manual al integrității uterului. Mâna endouterină nu se scoate până nu avem convingerea că uterul este gol.

Uneori accesul la placentă este îngreunat de constitui-

Scanned with OKEN Scanner

rea unui inel de contracție între segment şi corpul uterin, sau la nivelul unui corn. În aceste situații se poate administra un antispastic.

Dacă aderența dintre placentă şi peretele uterin este foarte mare, nu se va forța decolarea care poate produce o ruptură uterină. Se consideră că decolarea şi extracția manuală a placentei este terminată dacă: uterul este retractat, lehuza nu pierde sânge, cavitatea uterină a fost complet evacuată.

Complicații:

- imediate:
  - rupturi de col, vagin;
  - inversiunea uterină;
- tardive: risc septic.

15.4. Controlul manual şi instrumental al cavității uterine

Indicații:

- hemoragia din perioada de lehuzie imediată;
- verificarea integrității pereților uterini, în special a segmentului inferior după intervenții obstetricale: forceps, versiune;
- naşterea prematură;
- după naşteri naturale pe uter cicatricial.

Controlul manual: constă în introducerea unei mâini în cavitatea uterină, în timp ce cealaltă mână susține uterul.

Scanned with OKEN Scanner

Poziţia lehuzei, anestezia şi tehnica sunt aceleaşi ca la extracţia manuală a placentei.

Mâna introdusă va elimina eventualele resturi placentare şi cheaguri, apoi se face un control riguros al integrităţii pereţilor uterini. Mâna endouterină se scoate numai când uterul este gol, retractat şi lehuza nu mai pierde sânge.

În cazul unei leziuni de segment, nu se vor explora caracterele şi dimensiunile breşei, pentru a nu provoca noi hemoragii. În aceste cazuri, se va proceda urgent la efectuarea unei laparatomii, iar dacă condiţiile nu o permit, se va face reanimarea lehuzei, administrarea de ocitocice, antibiotice. În nici un caz nu se va meşa cavitatea uterină.

Unele şcoli obstetricale (IAŞI, prof. V. Dobrovici) au impus în locul controlului manual, **controlul instrumental**, considerând că acesta oferă o mai bună protecţie contra infecţiei.

Tehnică

Lehuza este în poziţie ginecologică, se efectuează dezinfectaţia regiunii perineale. Se evidenţiază colul uterin cu două valve şi se prinde buza anterioară a colului cu o pensă lată fără dinţi (Museux), făcându-se tracţiuni asupra sa. Un ajutor fixează fundul uterului.

Se introduce o chiuretă mare şi bontă (Bumm), controlând sistematic pereţii uterului. Nu se va urmări niciodată apariţia „strigătului uterin" ca la un chiuretaj obişnuit.

Complicaţii: perforaţia uterină, sinechia uterină.

Scanned with OKEN Scanner

15.5. Expresia uterină

Această manevră are drept scop întărirea efectelor expulzive ale contracțiilor uterine.

Indicații

Această metodă este formal contraindicată de obstetrica clasică, reproşându-i-se o evoluția forțată şi traumatizantă a capului fetal.

Datele noi, au arătat că apăsarea puternică asupra regiunii placentare poate altera schimburile materno-fetale.

Indicația majoră este naşterea capului din urmă în prezentație pelvină cât şi toate cazurile unde există motive de grăbire şi terminare a naşterii.

Contraindicații:

- uterul cicatricial, marile multipare;
- hipertonia şi hiperchinezia uterină;
- placentă previa, DPNI.

Condiții:

- localizarea echografică a placentei, col complet dilatat;
- prezentație longitudinală, contracții uterine prezente.

Tehnică: manevra sa practică numai în timpul contracției uterine, cu ambele palme la fundul uterului; în direcția axului bazinului, cu o forță moderată.

Complicații: ruptura uterină, ruptura colului, hemoragii.

Scanned with OKEN Scanner

15.6. Meşarea cavității uterine

Metodă de hemostază controversată, meşarea cavității uterine poate reprezenta o modalitate terapeutică alternativă conservatoare, care evită histerectomia de hemostază.

Indicații: hemoragiile din lehuzia imediată, datorate hipotoniei uterine.

Cu toate că există o contraindicație între tamponamentul uterin şi fiziologia hemostazei postpartum, dacă meşarea se face strâns, astfel ca compresia exercitată asupra arterelor spiralate să fie mai mare ca presiunea sistolică, rezultatele sunt notabile (la aceasta se adaugă efectul de excitație mecanică a uterului).

Tehnică: după expunerea colului uterin cu valve, se prind buzele colului cu două pense Museux (anterior şi posterior) şi se tracționează colul până ajunge în aria vulvei. Un ajutor susține fundul uterului.

Cu o pensă port-tampon, se introduc în cavitatea uterină până la fundul uterului, meşele (lungimea unei meşe = 1 m, lățimea 10 cm). Într-un uter relaxat, se pot introduce 2 - 4 meşe, din care se păstrează 5 - 10 cm în aria colului. Meşele se mențin intrauterin 4 - 6 ore.

Uneori pentru evitarea infecției, meşele pot fi îmbibate cu o soluție de antibiotic, sau aceasta poate fi injectată prin meşe. În unele situații meşele se pot umezi cu o soluție de apă oxigenată sau inhibitori enzimatici.

Trebuie menționat că meşarea cavității uterine nu se

va asocia niciodată cu meşarea cavității vaginale, a cărei eficiență este practic nulă. Uneori, hipotonia este mai greu de corectat, reactivitatea uterină fiind scăzută. În aceste cazuri, sângerarea genitală continuă, meşele sunt îmbibate de sânge, ceea ce impune extragerea acestora, revizuirea cavității uterine şi remeşarea. Aceste tehnici nu se vor repeta de multe ori, decizia luându-se în funcție de cantitatea de sânge pierdută, starea generală etc.

Scoaterea meşelor impune de asemeni administrarea unui utero-tonic cu 15 minute înainte.

Complicații: soluție de continuitate la nivelul uterului, infecția datorită creării unei cavități închise.

15.7. Ruperea artificială a membranelor

RAM este o manevră care se poate executa în trei circumstanțe:

- în cazuri eutocice;
- în cazuri patologice;
- pentru declanşarea naşterii.

În cazuri eutocice: RAM înaintea dilatației complete, în cursul unei naşteri normale, în prezentație craniană, este o intervenție foarte frecventă, făcând parte din dirijarea naşterii, datele clinice şi tocometrice evidențiind o accelerare a trava-

Scanned with OKEN Scanner

liului după ruperea membranelor.

Momentul optim este la debutul celei de-a II-a faze a dilatației (la o dilatație de 5 - 6 cm).

În cazuri patologice:

- placenta previa marginală sau laterală;
- hematomul retroplacentar.

Aceste două indicații sunt indiscutabile, RAM fiind primul timp al tratamentului, uneori suficient (reducerea sângerării în caz de placentă previa şi reducerea tensiunii intrauterine în caz de DNPI).

- hidramnios acut;
- distocii de dinamică;
- în cadrul probei de naştere RAM reprezintă primul timp.

Declanşarea naşterii: amniotomia singură poate induce declanşarea contracțiilor uterine într-o perioadă de 12 - 24 ore.

Contraindicații

- prezentația oblică, pelvină, facială;
- făt mort (favorizează infecția).

Incidente

- procidența de cordon, favorizată de un exces de LA sau de lipsa angajării capului fetal;
- în hidramnios acut, evacuarea brutală a LA poate induce prezentație distocică, cât şi decompresia bruscă a abdomenului, cu repercusiuni asupra hemodinamicii.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnică

Gravida se află în poziție ginecologică.

Sunt descrise două maniere de RAM:

- la vedere, când manevra se execută cu o pensă Kocher, în timpul unei contracții uterine. Această manieră se recomandă în caz de placentă previa marginală sau laterală, unde examenul vaginal digital poate decola părți din placentă;
- în toate celelalte cazuri, RAM se va efectua pe degetele ghid a mâinii intravaginale, cu ajutorul unei pense speciale (în cârlig), în timpul unei contracții uterine.

Deschiderea orificiului de ruptură, nu va fi mare, iar după RAM mâna vaginală rămâne pe loc pentru a temporiza scurgerea LA şi a evita o procidență de cordon.

După scurgerea LA, mâna vaginală apreciază în timpul unei contracții starea colului şi a prezentației.

Scanned with OKEN Scanner

16. VERSIUNEA INTERNĂ

Definiție

VI sau podalică constă în intervenția obstetricală manuală executată în cavitatea uterină, care transformă o prezentație în alta (practic în prezentație pelvină), urmată de extragerea fătului din uter şi filiera pelvigenitală.

Frecvența este diferit raportată, după şcoala obstetricală, variind între 0,16 - 023%. Pentru înțelegerea manevrei se vor aprofunda datele anatomice referitoare la mobilul fetal, canalul dur şi moale (vezi bazin osos).

Fiziopatologie

V.I. propriu-zisă este o intervenție puțin traumatizantă pentru mamă şi făt. Cu toate acestea, VI este considerată cea mai feticidă manevră obstetricală, iar explicația rezidă în faptul că VI este urmată de marea extracție, aceasta constituind drama fetală.

Intervenția se execută sub anestezie profundă, ceea ce determină diminuarea până la dispariție a componentei contractile a uterului şi a presiunii uterine. Aceasta va induce o atitudine de semiflexie sau semideflexie a capului fetal. Tracțiunea pe trunchiul fetal, tinde să mențină sau să accentueze poziția indiferentă a capului fetal, care ajunge în excavație insuficient flectat, înaintarea sa fiind foarte dificilă datorită utilizării celor mai mari diametre.

Scanned with OKEN Scanner

Pierderea tonicității mușchilor flexori ai fătului, lipsa unei forțe uterine care să mențină flexia membrelor superioare în timpul tracțiunii, frecarea de pereții canalului pelvin, determină ridicarea pasivă a brațelor care complică şi mai mult manevra de extracție.

Dificultatea în extracția craniului necesită o serie de manevre traumatizante care încetinesc oxigenarea creierului. Mai mult, tracțiunea pe făt şi schimbarea de temperatură, determină mişcări respiratorii fetale şi inhalarea de LA. Dificultatea în extracția capului fătului determină un aflux sanghin spre craniu şi stagnarea returului venos, ceea ce va induce transudarea de lichid (edem cerebral).

Angajarea capului din urmă determină însă şi un modelaj al craniului, care se repercutează asupra creierului care nu este compresibil.

În plus, presiunea LCR este crescută prin afluxul de lichid şi edemul cerebral. La aceste modificări care pot fi în limite normale, se pot adăuga tracțiunile brutale care pot produce leziuni directe ale encefalului, întinderi ale măduvei sau rupturi ale cortului cerebelos (semn anatomo-patologic de manevră dificilă de extracție).

Aceste date sunt suficiente pentru a explica caracterul feticid al manevrei de V.I.

Indicații

Singura indicație majoră rămasă din multiplele indicații clasice, este cel de-al doilea făt din sarcina gemelară aflat în

Scanned with OKEN Scanner

prezentație transversă. O altă indicație care poate fi luată în discuție, este prezentația transversă la multipare în travaliu, când sunt îndeplinite toate condițiile. Celelalte indicații clasice, care nu mai sunt de actualitate sunt:

- procidența de cordon, eclamsia, placentă previa;
- prezentații craniene deflectate blocate la strâmtoarea superioară, boli grave materne.

Contraindicațiile rezultă din neîndeplinirea condițiilor.

Condiții:

- făt viu, viabil, de dimensiuni normale sau mai mic;
- col complet dilatat, membrane intacte;
- tonus uterin normal;
- prezentație neangajată;
- bazin osos normal, canal pelvin permeabil.

Pregătirea preoperatorie constă în: golirea emonctoriilor, gravida în poziție ginecologică, antiseptizarea regiunii perineale, crearea unui câmp operator, pregătirea operatorului şi a instrumentarului: valve, pense de col, material sutură, forceps montat, material de reanimare a noului născut. Masa ajutătoare nu se va aşeza sub parturientă ci lateral.

Anestezia: generală.

Tehnică: preoperator se va efectua: verificarea diagnosticului de prezentație şi poziție prin EVD.

Manevra obstetricală va fi rapidă însă blândă, iar tehnica comportă trei timpi:

1. Introducerea mâinii şi apucarea piciorului;

Scanned with OKEN Scanner

2. Evoluția fătului (versiunea internă);
3. Extracția fătului.

1) Introducerea mâinii şi apucarea piciorului

Uneori, primul timp al VI este RAM (în caz de prezentație oblică la multipare sau prezentație oblică al celui de-al doilea făt dintr-o sarcină gemelară biamniotică).

Cu o mână se depărtează labiile, iar mâna cealaltă în poziția mâinii de mamoş, pătrunde prin mişcări de înşurubare în vagin. Acum mâna externă fixează fundul uterului. Mâna vaginală va pătrunde în cavitatea uterină, unde se face diagnosticul de picior şi de picior bun.

Ca regulă generală, mâna introdusă este aceea de partea la care se află pelvisul fetal, iar piciorul apucat este cel inferior în pozițiile dorso-anterioare şi cel superior în pozițiile dorso-posterioare.

Autorii moderni recomandă introducerea mâinii drepte şi apucarea piciorului accesibil.

Diagnosticul de picior: piciorul face cu gamba un unghi de 90°, călcâiul proemină, degetele sunt egale şi în acelaşi plan.

Diagnosticul de picior bun: se face prin palparea marginilor, cea externă fiind mai subțire.

Piciorul se apucă între index şi medius îndoite în croşet la nivelul articulației tibio-tarsiene, policele fiind sprijinit pe călcâi.

2) Evoluția fătului (versiunea internă) constă în verti-

Scanned with OKEN Scanner

calizarea prezentației. În timp ce mâna internă exercită tracțiuni blânde, continue asupra piciorului, mâna externă acționează transabdominal, împingând în sus capul fetal. Tracțiunea pe picior se face în jos, cât mai posterior, până ce genunchiul fetal a apărut la vulvă. În acest moment, VI a fost îndeplinită.

3) Marea extracție - vezi asistența naşterii în prezentația pelvină.

Postoperator:

- extracția manuală şi controlul manual al cavității uterine şi al integrității uterului;
- controlul părților moi, epiziorafia;
- reanimarea noului-născut.

Dificultăți de tehnică pot apare în timpul efectuării VI propriu-zise, sau în timpul extracției fătului.

Dificultăți în efectuarea VI:

- procidența de braț: se va lăsa liber;
- procidența de cordon: nu jenează versiunea;
- apucarea unei mâini în loc de picior: se va lăsa liberă mâna şi se continuă căutarea piciorului bun;
- dificultăți în prinderea piciorului: arată că uterul este contractat, deci se va aştepta până cedează contracția, sau se adânceşte anestezia;
- retracția uterină, care face imposibilă evoluția fătului. În această situație, se adânceşte anestezia, iar dacă nu se reuşeşte manevra, aceasta nu va fi continuată şi se va

Scanned with OKEN Scanner

recurge la operația cezariană;

- dacă în cursul unei VI manevra de verticalizare a fătului devine deodată foarte uşoară, se suspicionează o ruptură uterină, iar după extracția fătului şi a anexelor, se face un control riguros manual;
- dificultăți în efectuarea extracției fătului (vezi prezentația pelvină).

Complicații

Materne:

- imediate: rupturi uterine, de col, părți moi, şoc obstetrical, hemoragii;
- tardive: infecții, leziuni cicatriciale ale părților moi, tromboflebite.

Fetale: traumatismul fetal care poate determina moartea fătului, asfixie, hemoragii cerebrale, înfundări ale oaselor craniului, fracturi, paralizii de plex brahial.

Prognostic:

- matern: este rezervat, ruptura uterină fiind responsabilă de unele decese materne;
- fetal: VI este cea mai feticidă intervenție obstetricală (mortalitatea perinatală fiind de 10 - 30%).

Scanned with OKEN Scanner

17. OPERAȚIA CEZARIANĂ

17.1. Definiție, istoric, clasificare

Etimologia admisă pentru desemnarea cuvântului „cezariană", reprezintă interpretarea unui text ambiguu a lui Pline L'Ancien, după care numele primului Cezar născut a fost dat în legătură cu operația efectuată la naşterea sa şi care a derivat din cuvântul „Cesus" care înseamnă „deschidere prin secțiune".

Nici etimologia cuvântului „Cezar" nu este clară. Ar fi un cuvânt de origine punică, desemnând un animal foarte puternic.

O altă interpretare se referă la derivarea termenului de la adjectivul „caesius" şi care semnifică culoarea albastră a ochilor unui membru al familie Cezar.

După cultura sancrită, „kesara" semnifică un păr lung şi bogat, iar numele de Cezar, semnifică o podoabă capilară abundentă, considerată un semn regal.

Indiferent de originea sa, termenul de cezariană a fost creat şi utilizat prima dată de către Francois Rousset în 1581.

Primele intervenții efectuate cunoscute, au avut loc în secolul XVI, iar prima sutură la cezariană aparține lui Debas (1669), pentru ca în 1876 Porro să practice prima intervenție

Scanned with OKEN Scanner

mutilantă.

Tehnica clasică se dezvoltă în sec. XVIII - XIX, odată cu argumentarea unirii plăgii operatorii cu suturi (1881, Kehrer şi Sanger).

Perioada modernă începe din 1908 când Frank descrie tehnica cezarienei segmentare, iar Dorffler şi Fuchs introduce tehnica inciziei segmento-transversale.

Definiție

Operația cezariană este intervenția chirurgicală care constă în deschiderea abdomenului şi secțiunea peretelui uterin, pentru extragerea fătului şi a anexelor.

Clasificare

După calea de abord se descriu:

- cezariana abdominală;
- cezariana vaginală, termen adoptat mai târziu, care deşi a devenit clasic, nu este acceptat de toți autorii, preferându-se termenul de histerotomie vaginală.

După vârsta sarcinii:

- cezariana propriu-zisă, care extrage un făt viabil;
- mica cezariană: intervenție de necesitate efectuată înainte de 28 săptămâni.

După nivelul la care se practică histerotomia:

- cezariană corporeală (de excepție);
- cezariană segmentară - transversală (regulă);
- cezariana segmento-corporeală.

Frecvența diferă după şcoala obstetricală, fiind între 3

și 25%.

17.2. Date anatomice

Operația cezariană se poate executa fie la nivelul corpului uterin (pe fața anterioară a uterului, incizia fiind mediană), fie de regulă la nivelul segmentului inferior.

Segmentul inferior este o regiune anatomică temporară, care se constituie în ultimul trimestru de sarcină, desăvârşindu-se în travaliu. Lacomme descrie segmentul inferior astfel: „segmentul inferior nu este o entitate anatomică definită, căci forma, întinderile sale şi limitele sale sunt variabile".

Segmentul inferior se dezvoltă din istmul uterin diferit după paritate: la primipare, formarea sa începe după luna a VI-a, iar la multipare se poate forma chiar în timpul naşterii. Calitatea segmentului, este legată şi de modul prezentației: în prezentația pelvină sau oblică, nefiind solicitat, segmentul este gros, iar în prezentația craniană, acesta este foarte subțire.

Subțiimea segmentului, redusa sa vascularizație, fac din aceasta regiune o zonă optimă pentru incizie, dar şi pentru rupturile uterine.

Ca situație, segmentul se află între corpul uterin şi col.

Forma segmentului inferior este de con cu baza mare în sus, având o înălțime de 8 - 10 cm, lățime de 12 - 14 cm şi o grosime de 3 - 5 mm (subțiimea segmentului este un semn de eutocie).

Scanned with OKEN Scanner

Peretele anterior este mai larg dezvoltat şi mai subțire.

Formarea segmentului se datoreşte mai multor factori:

- redresării uterului către luna a IV-a, ceea ce explică de ce este mai dezvoltat anterior;
- contracțiilor uterine, care produc o ascensiune a fibrelor circulare;
- presiunii intraovulare care este elementul principal de formare al segmentului inferior.

O caracteristică importantă a acestei regiuni este cantitatea redusă de fibre musculare, cât şi laxitatea peritoneului, ceea ce a permis dezvoltarea cezarienei segmentare transversale.

Limitele:

- inferior, orificiul intern al colului;
- superior: anatomic sunt mai multe repere:
  - vena circulară (vena coronară Krantz);
  - prima ramură a arterei uterine;
  - un plan care trece prin orificiul profund al canalului inghinal;
  - modificarea de grosime a peretelui anterior;
  - existența unui inel muscular (Bandl). În realitate acest inel poate exista la înălțimi variabile şi corespunde unei contracții parțiale pasagere (Lacomme), neavând o existență anatomică permanentă.

Practic (chirurgical), limita superioară este locul unde peritoneul pelvin devine decolabil.

Scanned with OKEN Scanner

Rapoarte:

- fața anterioară este acoperită de peritoneul visceral decolabil şi corespunde vezicii urinare, de care este separată prin fundul de sac vezico-uterin. Țesutul celular lax subperitoneal, este un plan de clivaj puțin hemoragic;
- fața posterioară, prin intermediul fundului de sac Douglas, vine în raport cu rectul şi sigmoidul;
- fețele laterale corespund pereților laterali ai pelvisului, de care sunt ataşate prin ligamentele largi. Prin dezvoltarea segmentului, baza ligamentelor largi este mult lărgită antero-posterior şi scurtată transversal, astfel că conținutul acestei regiuni îşi modifică rapoartele.

Reperele anatomice care pot fi lezate în aceste zone, sunt ureterele, mai ales cel stâng (datorită dextrorotației uterului) şi arterele uterine.

Vascularizația segmentului este dată de arterele etajate, transversale, de mic calibru. Vascularizația arterială este săracă, anastomozele transversale sunt rare, spre deosebire de cele venoase care sunt mult mai bine reprezentate.

Fiziopatologic, segmentul inferior este sediul inserției placentei previa şi a rupturilor uterine.

17.3. Elemente de fiziopatologie în operația cezariană

Modificările cardio-vasculare din timpul sarcinii, pot

Scanned with OKEN Scanner

influenţa parametrii hemodinamici din timpul operaţiei cezariene. Aceste concluzii au determinat modificarea atitudinii obstetricale faţă de gravidele cardiopate, unde naşterea naturală este regulă, intervenţia având numai indicaţie obstetricală.

Operaţia cezariană induce unele efecte hemodinamice, care în condiţii normale nu pun probleme deosebite asupra cordului. Aceste modificări se referă la creşterea întoarcerii venoase care se produce prin golirea bruscă a abdomenului şi surplusul de sânge rejetat în circulaţie.

Aceşti factori vor determina creşterea minut-volumului cardiac cu 45% (faţă de 18 - 20% în naşterea naturală). Creşterea întoarcerii venoase va determina o creştere a debitului cardiac şi a lucrului mecanic al cordului (cu 70%).

Extracţia fătului va induce o creştere a frecvenţei cardiace, care însă este temperată de un reflex vagal indus de creşterea presiunii în sinusurile carotidiene.

Alte modificări hemodinamice se referă la impactul hemoragiei din cursul cezarienei (în jur de 1000 ml, dublu faţă de naşterea naturală).

Practicarea operaţiei cezariene la nivelul segmentului inferior, printr-o incizie transversală, are unele avantaje certe oferite de structura segmentului. Regiunea este mai puţin vascularizată, ceea ce reduce riscul hematoamelor plăgii. Segmentul este supus mai puţin involuţiei, plaga având timp de cicatrizare, secţiunea fibrelor musculare se face în sensul

Scanned with OKEN Scanner

orientării lor şi datorită musculaturii reduse, marginile plăgii nu au tendința de a se retracta. În plus, existența la nivelul segmentului a peritoneului decolabil, facilitează abordul acestei regiuni.

Față de avantajele oferite de incizia transversală a segmentului, incizia mediană corporală, are marele dezavantaj a abordului şi cicatrizării unei regiuni groase, contractile şi care involuează rapid, ceea ce face ca suturile să devină laxe, cicatricea este inextensibilă cu bogat țesut conjunctiv, ceea ce pretează la ruptură.

Operația cezariană induce însă şi unele efecte negative asupra fătului (fără a creşte semnificativ mortalitatea fetală).

Aceste efecte sunt datorate:

- anesteziei (în special generală), care acționează asupra centrilor respiratori fetali. Rahianestezia poate genera hipoxie fetală prin hipotensiunea maternă pe care o generează;
- poziția parturientei pe masa de operație: pentru prevenirea sindromului venei cave inferioare, intervenția se va efectua cu parturienta în decubit lateral stâng de 15°;
- traumatismul fetal în momentul extragerii sale;
- trecerii bruşte a fătului de la presiunea intrauterină la cea atmosferică, poate genera hipotensiune fetală, mai accentuată la prematuri;
- aspirația de lichid amniotic, care conține o substanță

trofoblastică care ajută transformarea fibrinogenului în fibrină la nivelul alveolelor, dar această substanță are și rolul de vehicol pentru sângele matern inspirat, care poate provoca atelectazia.

17.4. Indicațiile operației cezariene

În cursul ultimilor 10 ani, indicațiile operației cezariene au suferit modificări, un prim element care a perturbat statisticele fiind reducerea indicațiilor vitale (de urgență) în profitul celor preventive.

A doua tendință actuală, este creşterea indicațiilor elective fetale care reprezintă 1/3 - 1/4 din totalul indicațiilor.

Față de aceste aspecte, a apărut indicația de „cezariană la cerere", adoptată de unele şcoli obstetricale.

Hotărârea de a termina o naştere prin operație cezariană, poate fi dată de o indicație majoră, sau de un cumul de indicații, care fiecare separat nu justifică intervenția, dar prin asociere o impun.

Indicațiile pot fi clasificate în:

- indicații vitale (de urgență), pentru salvarea vieții mamei sau fătului;
- indicații preventive (elective) determină intervenția pentru evitarea prospectivă a unei patologii materne sau fetale, care poate apare în cursul evoluției spontane a naşterii.

Scanned with OKEN Scanner

După momentul efectuării, cezarienele se pot face înaintea declanşării naşterii (cezariene primare, „la rece"), sau secundar în cursul evoluției naşterii.

O altă terminologie utilizată în clasificarea indicațiilor operațiilor cezariene, se referă la indicații absolute sau relative.

O categorie specială de indicații sunt cele fetale, care prin extindere au condus la scăderea semnificativă a morbidității şi mortalității fetale.

Față de elementele clare care sugerează suferința fetală, în această categorie este inclusă şi indicația de efectuare a intervenției pentru „o sarcină prețioasă" şi implicit pentru „un făt prețios" (sarcina obținută după tratamentul sterilității, morți in utero etc.). Considerând însă că toate sarcinile şi implicit toți fetii sunt prețioşi, această indicație indusă de unele date anamnestice, nu este acceptată de toți specialiştii.

Prezentăm în continuare indicațiile operației cezariene, conform normelor tehnice ale M.S. din dec. 1983, care sunt în vigoare:

1) Imposibilitatea naşterii pe cale vaginală:

- distocia mecanică: disproporția feto-pelvină, bazin viciat, distocia de prezentație, tumori previa;
- distocia dinamică: hipertonia şi hiperchinezia necorectate medicamentos, sau distociile de dilatație;
- placenta previa centrală, constituie o indicație absolută

Scanned with OKEN Scanner

chiar în absența sângerării;

2) Imposibilitatea acceptării continuării evoluției sarcinii, în caz de:

- suferință fetală acută sau cronică indusă de patologia de cordon, sarcină prelungită, gestoze, izoimunizare Rh, diabet zaharat, boli cronice grave, cu repercusiuni asupra fătului;
- afecțiuni influențate nefavorabil de naşterea naturală:
  - cicatrice uterină sau perineo-vaginală;
  - neoplasm de col, abdomen acut chirurgical;
  - herpes genital;
  - marea prematuritate.

Față de aceste indicații, se impun câteva precizări în legătură cu unele situații care recomandă operația cezariană:

- insuficiența placentară, care poate fi:
  - respiratorie (diagnostic cardiotografic);
  - nutrițională (hipotrofia fetală);
  - hormonală (scăderea estriolului şi a HPL);
  - mixtă.

Dintre aceste entități, insuficiența placentară respiratorie impune cezariana.

- ruperea prematură a membranelor: dacă fătul este matur, se va proceda la declanşarea artificială a naşterii, dacă travaliul nu s-a declanşat spontan după 24 ore. Lipsa activității uterine după tentative de DAN, impune cezariana sub protecție de antibiotice;

Scanned with OKEN Scanner

- prezentația pelvină: singură, nu este o indicație, aceasta rezultând din asocierea altor elemente obstetricale (primipare în vârstă, membrane rupte prematur, bazin viciat, sarcină obținută după tratament pentru sterilitate etc.);
- uterul cicatricial: calitatea unei cicatrici uterine depinde de localizarea sa, de factori generali (vârstă, constituționali, patologie generală), factori loco-regionali (infecția) sau de tehnică (tipul de sutură), cât şi de verificarea (evaluarea) calității cicatricei prin HSG. Atitudinea față de uterul cicatricial la o nouă naştere diferă după şcoala obstetricală, un element important de decizie fiind posibilitatea monitorizării materno-fetale.

Riscurile la care este supusă gravida cu uter cicatricial, au impus cezariana iterativă de principiu, pentru unele şcoli obstetricale (şcoala ieşeană). Alte şcoli acceptă o atitudine electivă, în funcție de statutul socio-economic, religios sau etnic, care sunt factori uneori mai importanți decât argumentele medicale.

În condiții obişnuite, se pot efectua 2 – 3 cezariene, după care se poate practica sterilizarea prin ligatura tubară.

17.5. Contraindicați, condiții

Practic, nu există contraindicații pentru operația cezariană (chiar contraindicația expresă de făt mort este relativă, când se asociază cu o decolare placentară, şoc matern şi sindrom hemoragic).

Scanned with OKEN Scanner

Formal se pot contura:

- contraindicații absolute: posibilitatea rezolvării cazului pe cale joasă, infecția amniotică gravă;
- contraindicații relative:
  - leziuni supurative ale peretelui abdominal;
  - prezentație angajată;
  - contraindicația maternă pentru o intervenție chirurgicală.

Condiții

Condițiile de efectuare ale operației cezariene, nu-și păstrează rigurozitatea inițială. Clasic, sunt descrise următoarele condiții:

- făt viu, viabil, segment inferior format;
- prezentație neangajată, absența infecției amniotice.

Indicațiile cezarienei corporale mediane: cu toate că acest tip de incizie este proscris datorită calităților neperformante ale cicatricei, uneori sunt situații când suntem obligați să recurgem la această tehnică.

Această atitudine este dictată aproape întotdeauna de constatarea unei situații obstetricale de urgență; aceste cazuri sosesc într-o unitate specializată din teren și evaluarea avantajelor pe care le-ar oferi o incizie segmentară transversală se face în beneficiul fătului.

Situațiile care impun incizia mediană corporală sunt:

- prezentația transversă cu membrane rupte și uter retractat pe făt;

Scanned with OKEN Scanner

- iminența de ruptură uterină;
- orice situație care nu permite abordul segmentului inferior: varice voluminoase, segment neformat, placentă previa centrală, cezariană urmată de histerectomie.

17.6. Tehnica operației cezariene

Aceasta este bine codificată şi cuprinde pregătirea preoperatorie, momentului intervenției, anestezia, poziția parturientei, tehnica propriu-zisă, accidente, complicații imediate şi tardive.

Pregătirea preoperatorie

De multe ori, operația cezariană este o intervenție de urgență, care nu permite decât iodarea mâinilor operatorilor. Aceste intervenții de urgență, care nu permit o pregătire preoperatorie (clismă evacuatoare, investigarea stării biologice), se fac în beneficiul mamei (sindroame hemoragice grave) sau al fătului (suferință fetală acută).

Alteori, există posibilitatea unei pregătiri preoperatorii: în cazuri de urgență „amânată", sau efectuarea profilactică a intervenției.

Pregătirea preoperatorie se referă la unele măsuri obligatorii:

- testul la anestezicul local;
- determinarea grupului sanghin şi a Rh;

Scanned with OKEN Scanner

- administrarea de atropină cu 30 minute înainte; sondă vezicală, clismă evacuatoare.

Poziţia gravidei pe masa de operaţie va fi în decubit lateral stâng de 15° pentru a preveni şocul postural.

Anestezia

Anestezia în operaţia cezariană este în funcţie de indicaţie şi condiţiile de efectuare. Tipul de anestezie poate fi influenţat de şcoala obstetricală sau condiţiile oferite de o unitate sanitară (prezenţa permanentă a anestezistului).

Alegerea unei metode de anestezie depinde de experienţă, gradul urgenţei, probleme de fiziopatologie asociate indicaţiei operatorii, starea mamei şi a fătului şi nu în ultimul rând dorinţa pacientei.

— Anestezia generală: are avantajul de a fi indusă rapid, nu implică nici un risc septic, nu determină hipotensiune având o durată foarte mare. Riscul maxim este de aspiraţie bronşică a conţinutului gastric (mai ales când este practicată de urgenţă), sau o bronhopneumonie chimică, realizând sindromul Mendelson. Intervalul de timp necesar unei evacuări gastrice, este de 4 - 5 ore.

În condiţii de urgenţă, se poate administra un antiacid. Anestezia generală impune însă o echipă bine antrenată pentru execuţia intervenţiei, astfel ca fătul să fie extras într-un interval cât mai scurt (3 - 4 minute), pentru a nu fi influenţat de drogurile administrate.

Acest tip de anestezie prezintă şi avantajul efectuării

Scanned with OKEN Scanner

(dacă este cazul) a unei intervenții mai largi (histerectomie de hemostază).

— Anestezia loco-regională

- anestezia peridurală (efectuată de medicul anestezist), reprezintă la ora actuală cea mai utilizată metodă, alături de anestezia generală.

Acest tip de anestezie păstrează conştiența gravidei, ceea ce are un efect benefic asupra psihicului parturientei, evită accidentele rahianesteziei (cefalee) şi dă foarte rar hipotensiune.

Dezavantajele decurg din: tehnică, uneori dificilă, riscul efectuării unei anestezii rahidiene, apariția de hipotensiune.

- rahianestezia, a fost aplicată pentru prima dată în obstetrică în 1900. Acest tip de anestezie, utilizat în operația cezariană, necesită prezența obligatorie a medicului anestezist, fiindcă una din complicațiile de temut este hipotensiunea arterială şi insuficiența respiratorie urmată de hipoxie severă, care poate produce stop cardiac.

Hipotensiunea este constantă dacă nu se administrează preventiv un vasopresor. Cu toate măsurile aferente, o hipotensiune sub 10 mmHg este nocivă irigației placentare.

Stopul cardiac, complicație relativ frecventă la gravide, necesită măsuri urgente de resuscitare. De aceea Greenhill afirmă că anestezia rahidiană este cea mai riscantă metodă anestezică care se poate aplica la o gravidă.

- anestezia locală prin infiltrație este practic abandonată

Scanned with OKEN Scanner

datorită duratei mari de timp pe care o necesită cât şi inconfortul parturientei.

Ca şi rahianestezia, anestezia locală necesită o testare a sensibilității la soluția de procaină sau xilină. Cu toate că tehnica este aparent greoaie, anestezia locală reprezintă o alternativă în cazurile la care nu există acces la alt tip de anestezie.

Un avantaj incontestabil al acestui tip de anestezie este efectul puțin nociv asupra fătului şi posibilitatea potențării cu un opiaceu după extragerea fătului.

Dezavantajele metodei constau în:

- perioada relativ lungă de efectuare (10 minute), ceea ce o contraindică formal în marile urgențe obstetricale;
- inconfortul parturientei;
- complicații postoperatorii: seroame ale plăgii care se pot suprainfecta;
- în caz de indicație de lărgire a intervenției, anestezia locală nu oferă confortul chirurgical, ceea ce implică asocierea unui alt tip de anestezie.

Şcoala ieşeană de obstetrică (prof. V. Dobrovici), a aplicat şi aplică cu succes acest tip de anestezie.

Tehnica Dobrovici de anestezie locală

Se utilizează aproximativ 4 - 500 ml soluție xilină sau

Scanned with OKEN Scanner

procainã 0,5%, asociatã sau nu cu un vasoconstrictor (Adrenalinã) în funcție de valorile tensionale ale parturientei.

Conform şcolii de obstetricã ieşene, bazatã pe o experiențã de zeci de ani, operația cezarianã se poate efectua întotdeauna cu anestezie localã.

Material necesar:

- soluție xilinã, procainã 0,5% 500 ml;
- 2 seringi de 10 - 15 ml, ac scurt şi subțire;
- 2 ace lungi.

Timpi

— Anestezia peretelui abdominal: anestezia se începe dintr-un punct situat pe linia mediană la 2 laturi de deget suprasimfizar, unde se efectuează o injecție I.D. cu acul scurt şi subțire. Prin acest buton se introduce acul lung prin țesutul celular subcutanat, acul fiind dirijat la stânga şi la dreapta pe direcția unei linii transversale, paralelă cu marginea superioară a simfizei, injectând câte 10 ml de fiecare parte. În lungul acestei linii, se injectează I.D. din cm în cm câte 0,25 ml soluție, obținând astfel anestezia pielii. Se incizează pielea şi țesutul celular subcutanat.

— Anestezia aponevrozei şi a musculaturii: se injectează cu acul lung subaponevrotic la dreapta şi la stânga câte 10 ml soluție, fără a scoate acul din punctul median. Se secționează aponevroza transversal pe o lungime de 12 cm, apoi se introduce acul în musculaturã aproape de linia mediană şi se introduce vertical în sus pe o distanță de 10

Scanned with OKEN Scanner

cm, injectând 20 ml.

Se retrage acul (fără a-l scoate) şi se pătrunde în jos, vertical pe o distanţă de 5 - 6 cm, injectând alţi 10 ml soluţie.

Se fac infiltraţii asemănătoare pe linii verticale, în grosimea peretelui muscular, la dreapta şi la stânga liniei mediane (injectând 5 - 10 ml în trei linii paralele. Se face decolarea planului muscular, în sus până aproape de ombilic, iar în jos până la simfiză.

Se secţionează peritoneul pe linia mediană pe o distanţă de 10 - 12 cm.

— Anestezia peritoneului parietal: după deschiderea cavităţii peritoneale, se face infiltraţia laterală a acestuia cu 10 ml la dreapta şi la stânga în puncte etajate.

— Anestezia viscerală: pe linia mediană la un lat de deget deasupra fundului de sac vezico-uterin, se introduce acul subperitoneal şi se injectează în direcţia unei linii transversale la dreapta şi la stânga, pe o distanţă de 10 cm, câte 5 ml soluţie. Cea mai mare cantitate se injectează în baza ligamentelor largi. Se secţionează transversal peritoneul visceral pe o distanţă de 12 cm.

Tehnica cezarienei segmentare transversale

Abordul cavităţii peritoneale se poate face pe linia mediană subombilicală, sau transversal prin incizie Pfannenstiel.

Unicul avantaj al inciziei mediane este de a fi realizată

Scanned with OKEN Scanner

rapid, deci se va prefera în cazuri de urgență. În situația unei cicatrici mediane, se va prefera același tip de incizie.

Incizia Pfannenstiel este ușor arcuită în sus, și se face fie în plina zonă pilozitară, la un lat de deget deasupra simfizei, fie în partea superioară a acestei zone, urmând pliul cutanat natural care există în partea inferioară a abdomenului.

Avantajele acestui tip de incizie:

- este o incizie estetică, cicatricea rămânând camuflată în pilozitatea pubiană;
- evită eventrația postoperatorie datorită faptului că sutura peritoneului și musculaturii se face longitudinal, în timp ce aponevroza și tegumentele sunt suturate transversal. Se creează astfel două linii de sutură, perpendiculare una pe alta, ceea ce împiedică formarea zonelor de minimă rezistență;
- respectă fiziologia planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriției (vascularizației) și a sensibilității acestora;
- permite mobilizarea precoce a bolnavelor.

Dezavantaje: câmpul operator mai redus, timpul operației mai lung, hematoame simple sau supurate.

Se continuă incizia transversală a țesutului celular subcutanat și a aponevrozei, în sus până aproape de ombilic iar în jos până la marginea superioară a simfizei. O variantă de tehnică incizează median aponevroza, ceea ce evită decolarea planului muscular, oferind o lărgire a câmpului operator.

Peritoneul se deschide în 1/3 superioară a inciziei

Scanned with OKEN Scanner

(pentru a nu leza vezica urinară), apoi se incizează median în sus până la nivelul decolării aponevrozei, iar în jos până la 1 cm de baza vezicii urinare. După deschiderea cavității peritoneale, se pot monta două depărtătoare (median şi lateral) care sunt mai greu de suportat cu anestezie locală, sau se poate utiliza o valvă suprapubiană. Se face izolarea anselor cu un izolator umezit.

Pregătirea segmentului inferior: se face o butonieră mediană la 1,5 cm de răsfrângerea peritoneului visceral (în fundul de sac vezico-uterin) şi se deschide lateral peritoneul pe o distanță de 8 - 10 cm. Se decolează moderat marginea superioară şi cea inferioară, decolând puțin vezica urinară. Decolarea inferioară poate fi mai dificilă în caz de cezariană iterativă. După decolare, segmentul inferior este abordabil.

Incizia segmentară transversală: se poate face cu bisturiul median. Dacă membranele sunt intacte, ele vor hernia prin transă. Se recomandă păstrarea integrității membranelor.

Incizia se lărgeşte transversal, pe o distanță de 10 cm. Capetele inciziei vor fi uşor arcuite în sus, pentru a se evita prelungirea acestora către baza parametrelor. Pentru prelungirea inciziei, se poate utiliza foarfecele sau indexul de la ambele mâini (lărgirea digitală a inciziei, realizează o disociere a fibrelor musculare, fiind mai puțin hemoragică).

Nivelul la care se face incizia segmentului este diferită după gradul de dilatare al colului: dacă colul nu este dilatat,

Scanned with OKEN Scanner

incizia va fi mai sus situată.

Extracția fătului:

— În prezentația craniană: uneori este suficientă o presiune la fundul uterului, capul fetal fiind ajutat cu mâna stângă introdusă sub prezentație şi utilizată cu un levier, sau se introduc două degete în gura fătului, rotind capul în O.S.

În caz că prezentația este angajată, iar incizia de histerotomie este sus situată, în aria plăgii se poate prezenta un umăr sau un braț al fătului. Pentru a putea aborda capul fetal, cu mâna dreaptă se va împinge fătul în sus de umeri. Manevra este mai uşoară sub anestezie generală.

În caz de placentă previa anterioară, extracția capului poate fi dificilă. În aceste situații se poate trece transplacentar (manevră hemoragică), sau se poate efectua decolarea placentei, lateral până se ating membranele, care se rup, urmând extracția capului.

În situația unui cap fetal greu abordabil, se pot utiliza pentru extracție să fie lingurile unui forceps, fie vidextractorul. În nici un caz nu se vor aplica pe scalpul fetal pense, pentru a ajuta extracția.

Extracția umerilor şi a membrelor inferioare nu pune nici un fel de probleme.

Unii autori recomandă în caz de extracție dificilă a capului (prezentație angajată), prelungirea inciziei pe marginea superioară a plăgii, pe o distanță de 3 - 4 cm („incizia în T"), care evită rupturile inferioare şi laterale ale segmentului

Scanned with OKEN Scanner

inferior.

Acest tip de incizie contestată de majoritatea specialiștilor, ascunde de fapt necunoașterea exactă a situației obstetricale și neevaluarea preoperatorie a posibilităților de extracție a fătului (într-o prezentație angajată sau la o prezentație oblică cu membrane rupte, se preferă de la început histerotomia mediană corporală).

— În prezentația pelvină, extracția fătului se face prin abordul unui membru inferior, ca și în prezentația transversă.

Extracția anexelor fetale, se poate face manual sau aplicând o presiune ușoară la fundul uterului. Acum, se recomandă utilizarea unui ocitocic. După delivrare, se va practica sistematic un control al cavității uterine (manual sau instrumental). Pentru a stimula contracțiile uterine și pentru a oferi un câmp operator mai puțin hemoragic, unii autori recomandă introducerea în cavitatea uterină a unui izolator.

În caz de efectuare a operației cezariene la o naștere nedeclanșată (cu col închis), se recomandă introducerea unei pense lungi prin plaga de histerotomie în col, deschizând de câteva ori pensa, după care aceasta se îndepărtează. Această manevră ar ușura drenarea lohiilor.

Sutura uterului, se face cu material rezorbabil, principiul fiind acela a unei suturi musculare (adaptarea transelor de secțiune), cu puncte separate extramucos (evitându-se antrenarea de țesut endometrial care poate afecta soliditatea cicatricei, sau să favorizeze dezvoltarea unei endometrioze).

Scanned with OKEN Scanner

Sutura uterului, se poate face într-un plan, sau în două planuri, după obişnuinţa operatorilor.

Sutura se face cu fire separate. Utilizarea surgetului nu este recomandată fiindcă în caz de infecţie există riscul dezunirii totale a plăgii.

Sutura în două planuri (al doilea plan înfundându-l pe primul), are reputaţia teoretică de a fi mai rezistentă, însă prin înfundarea primului plan, se produce un pinten în cavitatea uterină, care poate jena drenarea lohiilor.

Peritonizarea se face cu surget de catgut.

Toaleta cavităţii peritoneale: se aspiră sângele iar cavitatea peritoneală poate fi spălată cu ser fiziologic cald.

După peritonizare se schimbă câmpurile şi instrumentarul.

Închiderea peretelui abdominal: sutura peritoneului visceral şi parietal cu surget de catgut, închiderea planului muscular cu fire separate de catgut şi închiderea aponevrozei cu fire separate sau surget. Fire separate de aţă la piele.

Închiderea abdomenului se face fără drenaj. În unele cazuri (hemostază dificilă, risc septic), se drenează cavitatea abdominală cu un tub plasat în fosa iliacă dreaptă, şi nu în Douglas care este blocat de uter.

După intervenţie, se exprimă uterul pentru a fi golit de cheaguri, şi se face o spălătură pe valva vaginală. Acest artificiu permite evacuarea sângelui care astfel poate fi aspirat în cavitatea uterină. Această măsură este cu atât mai

Scanned with OKEN Scanner

oportună, ținând cont că lehuza păstrează poziția de decubit dorsal în primele 24 - 48 ore.

17.7. Complicațiile operației cezariene

Ca orice intervenție chirurgicală care deschide cavitatea abdominală şi cezariana poate avea o serie de complicații.

- intraoperator: accidente hemoragice care pot fi determinate de deschiderea venelor dilatate (pe un segment neformat), sau o sângerare difuză a plăgii (hipotonie uterină). Mai rar hemoragia poate fi determinată de placenta acreta sau tulburări de coagulare.
  - plăgi viscerale: intestin, uretere sau vezică, care necesită o sancțiune chirurgicală urgentă.
  - sincopa anestezică, mai frecventă după rahianestezie;
- postoperator, pot apare:
  - complicații precoce: atonia intestinală, boala trombembolică, hemoragia, infecția;
  - tardive: hematom, infecția parietală sau uterină.

Scanned with OKEN Scanner

17.8. Intervenții asociate operației cezariene

În unele cazuri, contextul efectuării operației cezariene complicate cu o altă patologie, sau un accident brutal (şoc hemoragic), obligă la un act chirurgical lărgit sau adițional.

Histerectomia-cezariana

Indicații:

- în timpul sarcinii: avort septic, cancer de col, ruptură uterină, fibrom uterin complicat, apoplexie utero-placentară;
- în timpul naşterii: (urmează de regulă operației cezariene)
  - placentă acretă, placentă previa cu hemoragie din patul placentar, apoplexia utero-placentară, ruptură uterină;
- în lehuzie: infecția puerperală, hemoragia masivă.

Tehnica intervenției nu diferă de cea din afara sarcinii. Dacă decizia este luată anterior, se poate practica incizia mediană corporală.

Histerectomia în puerperalitate, are unele particularități oferite de dezvoltarea mai accentuată a pediculilor vasculari.

Un element ajutător îl constituie îmbibiția seroaselor, ceea ce facilitează mult decolările, însă o particularitate o constituie grosimea pediculilor vasculari, care vor fi atent ligaturați (ligaturi duble).

Scanned with OKEN Scanner

De obicei procedeul tip este histerectomia subtotală interanexială, când marginea inferioară a transei de secțiune segmentare, reprezintă reperul pentru secțiunea uterină.

În schimb dacă histerectomia se face pe un col dilatat, nu mai există reper (în caz de histerectomie totală), datorită înglobării colului în segment, ceea ce presupune aplicarea unui martor (fir catgut), după decolarea vezicii, cât mai jos, la nivelul vaginului, deasupra căruia se va efectua histerectomia. Acest timp presupune o decolare vezicală mai întinsă, până la fața anterioară a vaginului.

Cezariana şi miomectomia

De principiu, miomectomia nu este indicată în timpul operației cezariene, datorită unor complicații pe care le poate genera intervenția:

- risc hemoragic mare;
- lezarea ureterului în caz de fibrom localizat în ligamentul larg, complicații trombo-embolice;
- ileusul datorită unor bride aderențiale consecutive dificultăților de peritonizare.

În cazul în care miomectomia se consideră necesară, se va efectua numai în situația unui fibrom unic, pediculat, situat la fundul uterului.

Scanned with OKEN Scanner

Cezariana în infecția amniotică

Infecțiile amniotice pot fi împărțite în patru grade:

- inaparentă clinic, când cezariana se execută după o perioadă de 12 - 15 ore de la ruperea membranelor, la o parturientă care a suportat mai multe EVD; în această situație, se practică o intervenție clasică sub protecție de antibiotice, cu protejarea cavității peritoneale cu câmpuri;
- infecția amniotică moderată
- infecția amniotică declarată;
- infecția amniotică gravă.

Aceste situații impun măsuri suplimentare de protecție cu asocieri de antibiotice, recoltarea intraoperatorie de LA pentru culturi, izolarea şi spălarea cavității peritoneale şi în funcție de experiență evacuarea cezarienei extraperitoneale.

În unele cazuri grave de infecție amniotică sau făt mort, se poate practica de la început histerectomia în bloc.

Alte intervenții care se pot executa concomitent cu operația cezariană sunt prezentate în cele ce urmează.

Sterilizarea tubară

Acest act presupune o evaluare riguroasă a indicațiilor, metoda fiind ireversibilă, cu atât mai mult cu cât la momentul efectuării sale nu se cunoaşte exact dezvoltarea ulterioară a fătului. Totuşi, în afara unor indicații clare materne (boli grave, boli genetice, uterul după 3 sau 4 cezariene), această indi-

Scanned with OKEN Scanner

cație se va practica la câteva luni după intervenție, când se poate executa laparoscopic (coagularea bipolară sau montarea unor clipsuri sau inele de silastic).

Ooforectomia

Ooforectomia: un chist de ovar previa, sau un chist cunoscut dinaintea sarcinii, poate fi extirpat (kistectomie sau anexectomie), intervenția fiind facilă.

Apendicectomia

Apendicectomia profilactică sau de necesitate efectuate în cursul unei cezariene, impune îngrijiri postoperatorii deosebite.

ALTE TIPURI DE OPERAȚIE CEZARIANĂ

Cezariana corporală

Cezariana mediană corporală, denumită şi „clasică", este o intervenție inacceptabilă ca tehnică de rutină, având câteva indicații clare: când este urmată de sterilizare definitivă, de histerectomie, segment inferior inabordabil prin aderențe sau tumori previa, postmortem (moarte clinică), prezentație oblică cu membrane rupte.

Riscul major pe care îl comportă acest tip de intervenție este ruptura uterină.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnic, această intervenție este facilă însă mai sângerândă. Histerorafia se face în două planuri, cu fire separate sau fire „în 8", urmate de sutura peritoneului visceral cu surget de catgut.

Mica cezariană

Este o cezariană corporală, realizată înainte de 28 săpt. în scop terapeutic: avortul de trimestrul II cu hemoragie importantă.

De remarcat că acest tip de intervenție este de excepție fiind efectuată numai în scop vital matern.

Mica cezariană, cu toate că nu mai este descrisă în tratatele moderne, rămâne o intervenție care trebuie cunoscută.

Cezariana extraperitoneală

Acest tip de intervenție a fost imaginat în scopul evitării contaminării cavității peritoneale în caz de infecție intrauterină.

Principiul intervenției constă în abordarea segmentului inferior pe cale extraperitoneală, fie paravezical (vezica fiind împinsă într-o parte), fie supravezical (după ce vezica a fost împinsă în jos).

Abordul extraperitoneal al uterului este greoi, lent, cu riscuri pentru organele adiacente. Mai mult, avantajul teoretic care justifică această intervenție, a fost contestat, argumentându-se că infecția se poate propaga la spațiul extraperitoneal prin țesutul celular adipos a retroperitoneului.

Această situație este mai riscantă decât contaminarea

Scanned with OKEN Scanner

cavității peritoneale, bine delimitată de o seroasă recunoscută pentru apărarea sa antiinfecțioasă.

Pentru a evita dificultățile de abord a spațiului extraperitoneal, s-a imaginat o tehnică specială (Crichton): se evidențiază pe cale transperitoneală, planul de clivaj retrovezical care permite abordul extraperitoneal a segmentului inferior, apoi se închide incizia inițială a peritoneului parietal înainte de a deschide cavitatea uterină, acest timp fiind apoi extraperitoneal.

17.9. Prognostic

Prognostic matern

Factorii de care depinde incidența mortalității şi morbidității materne sunt:

- nivelul general de sănătate;
- incidența operației cezariene;
- starea parturientei în momentul intervenției;
- calitatea serviciilor medicale.

Mortalitatea maternă postcezariană este de 1 - 2‰, principalele cauze fiind hemoragia, embolia pulmonară, infecția, complicații anestezice. Statistic, în 10% cazuri operația cezariană este dificilă sau foarte dificilă, mortalitatea fiind de 10 ori mai mare față de naşterea naturală.

Morbiditatea postcezariană este greu de apreciat, totuşi sunt citate unele consecințe ale intervenției: ruptură

Scanned with OKEN Scanner

uterină, o scădere a fertilității, risc crescut de avort sau naştere prematură, sindrom dureros cronic pelvin, tulburări menstruale.

Prognostic fetal

Raportat direct la copii născuți prin operație cezariană, complicațiile fetale sunt mai numeroase, cu cât frecvența intervenției este mai scăzută. Creşterea semnificativă a indicațiilor de cezariană în beneficiul fătului, au scăzut mult complicațiile noilor născuți, îmbunătățind prognosticul.

Mortalitatea perinatală este în funcție de: gradul de prematuritate, DPNI (25%), placentă previa (6%), ruptură uterină, diabet zaharat matern, cât şi de perioada de timp scursă până la indicarea intervenției.

Morbiditatea perinatală: depinde esențial de factorii de risc sau de patologia ce a indicat intervenția şi se exprimă prin scorul Apgar şi pH-ul din vasele ombilicale.

Factorii care influențează imediat starea fătului sunt drogurile utilizate pentru inducerea narcozei cât şi scăderea perfuziei utero-placentare, consecutivă scăderii TA materne.

O consecință nefastă a neadaptării nou născutului, este riscul de apariție a membranei hialine. Astfel, s-a constatat că incidența membranei hialine este mai mare dacă cezariana se efectuează înaintea declanşării naşterii, iar mecanismele invocate sunt:

- absența compresiei toracice fiziologice, asfixiei uterine prin hipoperfuzie utero-placentară cauzată de anestezie sau

Scanned with OKEN Scanner

compresia venei cave;

- deficit în activarea surfactantului alveolar, sau lipsa eliberării de substanțe vasodilatatoare în circulația pulmonară datorită absenței stress-ului reprezentat de naşterea naturală.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. Abu-Heija A. - Dystocia: is it a major indication for caesarean section? Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 1998; 25(1-2):51-3.
2. ALEXANDRESCU D., LUCA V., GHEORGHIU D., DUMITRESCU A. - Probleme de practică şi tehnică obstetricală. Ed. Med. Bucureşti, 1965.
3. ARNTZEN K.J. - Maternal serum levels of interleukin-6 and clinical characteristics of normal delivery at term Acta. Pbstet. Gynecol. Scand. 1997 Jan; 76(1):55-17.
4. AUDRA P. - Complications infectieuses et hemoragiques de la cesarienne. A propos de 2220 Interventios; Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1990, 85.
5. AUDRA P. - Complications infectieuses et hemoragiques de la césarienne. A propos de 2220 interventions. Rev. Fr. Gynecol. 85, 1990.
6. BARRAT R. J., MARIA B. - Les uterus cicatriciels in: Traité d'obstétrique Masson ed. Paris, 1985.
7. BENEDETTI T. J., PLATT L., DRUZIN M. - Vaginal delivery after prevous cesaren section for a nourecurrent cause. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142.
8. BERGER R. - Peri/intraventricular haemorrhage: a cranial ultrasound study on 5286 neonates. Eur J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. 1997 Dec; 75(2):191-203.

Scanned with OKEN Scanner

post partum renal failure. J. Obstet. Gynec. 1970, 108, 2.
20. CRIŞAN N. - Echografia obstetricală şi ginecologică; Ed. Ştiinţă şi Tehnică SA, Bucureşti 1998.
21. CUNNINGHAM J. N., SHIRES G. T., WAGNER Y. - Cellular transport defects in haemorrhagic shock. Surg. 1971, 70, 2.
22. DE LEEUW J.P. - Indications for caesarean saction in breech presentation. Eur J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1998 Aug; 79(2):131-7.
23. DELLENBACH P., ISCH F., MULLER P., LEVY G. - La déflexio primitive de la tete foetale dans le presentation du siege. Probleme diagnostique, pathologique et therapeutique. Gynec, Obstet. 1964. 63, 5.
24. DEMARIN V., RUNDEK T., HODEK B. - Maternal cerebral circulation in normal and abnormal pregnancies. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1997 Aug; 76(7):619-24.
25. DOMMERQUES M., MADELENAT P. - Cesarienne: technique, indications, complications; Rev. Prat. 35, 1985.
26. DOWLING R. A., CORIERE J. N. SANDLER C. M. - Iatrogenic ureteral injury. J. Urol. 1986, 135.
27. DUBUISSON J. B., ZORN J. R., SAMAMA M. - Defibrinations obstétricales. Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique 5081 A-10, 20, 1976.
28. DUFOR P. - The use of intravenous nitroglycerin for cervico-uterine relaxation: a review of the literature.

Scanned with OKEN Scanner

97. VAN LOON A.J. - Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term. Lancet. 1997 Dec; 20-27; 350(9094):1799-804.
98. VOKAER R. - Traité d'obstétrique, Masson 1983.
99. VUILLARD E., TABOURY J. - Quide pratique d'échographie obstétricale et gynécologique; Masson, Paris, 1991.
100. WARLIN J. F. - Dystocie par disproportion foeto-pelvienne, Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique 5067, A-10, 9, 1975.
101. WILKINSON C. - Is a rising caesarean section rate inevitable? Br. J. Ibstet. Gynecol. 1998 Jan;105(1):45-52.
102. WOLTON M., REYNOLDS F. - Epidural analgesia and instrumental delivery: Anesthesia; 1984, 39.
103. YAFFE H., ELDOR A., HORNSTEIN E. - Tromboplastic activity in amniotic fluid during pregnancy; Obstet. Gynecol. 1977, 50.

Scanned with OKEN Scanner

ISBN 973-98976-1-4

Scanned with OKEN Scanner